



revista de
**FOMENTO
SOCIAL**

NUM. 137 / ENERO-MARZO / 1980

LA REFORMA SANITARIA

ESPAÑA - COMUNIDADES EUROPEAS

LOS PRECIOS PETROLEROS

LA ECONOMIA SOVIETICA

SUMARIO

Págs.

EDITORIAL:

Ética de la Reforma Sanitaria	3
-------------------------------------	---

ESTUDIOS:

La Reforma Sanitaria: tres cuestiones clave, por el doctor don Manuel Evangelista Benítez	5
Necesidad y urgencia de una ley de sanidad adecuada a las necesidades actuales, por el doctor don Valentín Matilla	13
Tópicos de la Reforma Sanitaria, por el doctor don Alberto Berguer ...	25
La vertiente farmacéutica de la Reforma Sanitaria, por el doctor don Pedro Capilla Martínez	37
Hacia un nuevo modelo de servicio farmacéutico en España, por Leopoldo Arranz Alvarez	49
Reforma Sanitaria para el medio rural, por la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER)	57
Interrogantes éticos que plantea la integración de España en las Comunidades Europeas. Conclusiones del Coloquio internacional OCIFE-Centro Loyola	71
La encrucijada de los precios petroleros (I), por Fernando Martínez Galdeano	87
Reflexiones sobre la economía soviética a la luz del materialismo histórico, por Enrique Menéndez Ureña	105
BIBLIOGRAFIA	117

REVISTA DE FOMENTO SOCIAL

Trimestral, de socioeconomía normativa

Propietario y editor: **CESI - CENTRO LOYOLA**, Pablo Aranda, 3. Madrid-6.
Teléfono 262 49 30.

Director: Javier Gorosquieta Reyes.

Colaboradores: Julio Colomer, Alfonso Echánove, Matías García, Juan García Pérez, Francisco Gómez Camacho, Gonzalo Higuera, Julián López García, Fernando Martínez Galdeano, Enrique Menéndez Ureña.

Precios de suscripción para 1980:

España	830 pesetas
Extranjero	17 dólares
Número suelto	210 pesetas

DEPOSITO LEGAL: M. 1.437.—1958. ISSN 0015-6043

REVISTA DE FOMENTO SOCIAL

VOLUMEN TREINTA Y CINCO

Reservados los derechos de
propiedad literaria

Etica de la Reforma Sanitaria

Desde la ética, es decir, desde la naturaleza racional de la Reforma Sanitaria actualmente en proceso de elaboración en España, estimamos que todo quedará adecuadamente bien ordenado si la Reforma se subordina radicalmente al servicio de los verdaderos intereses del destinatario último de la misma: el enfermo, es decir, todo ciudadano como enfermo real o potencial.

Los demás intereses legítimos en juego, profesionales, económicos, sociales, políticos, creemos son, desde esta perspectiva, muy respetables, desde luego, pero, en último término, secundarios.

Pensamos es importante establecer esta doble tesis porque toda la polémica suscitada en la larga marcha de la Reforma Sanitaria en nuestro país da a veces la impresión de un debate centrado en la defensa de intereses de grupo más que en el enfermo como su principal beneficiario de derecho. Es comprensible evidentemente esta actitud, ya que los enfermos reales y los demás ciudadanos como enfermos en potencia estamos desorganizados, en cuanto tales, mientras que los profesionales sanitarios se agrupan para la legítima defensa de sus intereses. Pero sería lamentable que la falta de presión ciudadana en este tema descentrara la Reforma, colocándola más que al servicio de intereses generales, al servicio de otros más minoritarios, parciales o de grupo. Esperemos no la desenfocuen así, en concreto, los parlamentarios, como artifices más inmediatos de la próxima Ley de Reforma Sanitaria.

Esperemos que la misma no sea otra cosa que un auténtico desarrollo de los preceptos constitucionales pertinentes: derecho ciudadano a la protección de la salud (art. 43); derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 10); derecho a la intimidad personal (art. 18); derecho a un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos (art. 41); derecho a disfrutar de un medio adecuado para el desarrollo de la persona (art. 45); derecho al bienestar durante la tercera edad (art. 50); derecho de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a la previsión, tratamiento, rehabilitación e integración social (art. 49); derecho a la seguridad e higiene en el trabajo (art. 40).

Esperemos se respeten y promocionen sobre todo los denominados derechos del enfermo recogidos en algunos códigos deon-

tológicos de profesionales sanitarios en España y en los de otros países. Confiemos en que, como garantía para los usuarios de la medicina organizada, se refuercen, por de pronto, los derechos reconocidos en el Real Decreto de 25 de agosto de 1978 al enfermo hospitalario: respeto de la personalidad y dignidad humana del asistido; cumplimiento flexible de los requisitos y formalidades administrativas; previa conformidad y consentimiento expreso, salvo casos extremos, para aplicar medios terapéuticos que entrañen grave riesgo para su vida o de los que previsiblemente se deriven lesiones o mutilaciones permanentes; protección frente a las molestias e interferencias exteriores; funcionamiento eficiente de las instalaciones y servicios del establecimiento; la cortesía, el trato humano, el respeto a las opiniones personales y creencias religiosas; el libre envío y recepción de correspondencia; la comunicación telefónica; la disponibilidad de ropa y equipamiento personal y acceso de acompañantes, familiares y visitas; la confidencialidad de los actos médicos y sanitarios; el conocimiento del nombre del facultativo o facultativos encargados de su asistencia; la información completa sobre la situación del estado clínico del asistido, a petición del interesado o de persona legitimada para obtenerla; asistencia religiosa; la libertad de abandono del hospital, salvo casos de hospitalización obligatoria.

En el presente número de REVISTA DE FOMENTO SOCIAL el lector encontrará un conjunto de opiniones cualificadas en torno a nuestra Reforma Sanitaria. Nos satisface constatar que en todas ellas, escritas desde diferentes posiciones profesionales, aparece destacada y con el mayor relieve la preocupación por la mejora de la sanidad desde los intereses prioritarios del enfermo y del ciudadano. Juzgamos que ése es no sólo el mejor sino el único camino. Desarrollo constitucional y ética deben ir, en este sentido, parejos.

La elaboración de la Reforma no ha partido, esta vez, de un proyecto de ley, sino de algunos documentos previos, como el oficial de «Líneas generales de la Reforma Sanitaria», discutido por la Comisión de Sanidad del Congreso. Nos parece ver aquí un laudable propósito de convocar al más amplio cambio de impresiones nacional sobre el tema con el fin de asegurar el éxito de la futura ley. Nos sumamos simplemente con este número de nuestra revista al debate general sobre la materia, insistiendo sobre todo, por nuestra parte, en la finalidad última de la misma: el servicio sanitario personal, asistencial y preventivo, a todo ciudadano.

La Reforma Sanitaria: tres cuestiones clave*

Por el Dr. Manuel EVANGELISTA BENITEZ
Director General de Asistencia Sanitaria

1.º *En qué medida la Reforma Sanitaria va a repercutir en la organización de la Asistencia Sanitaria*

Las directrices generales de la Reforma Sanitaria en estudio por la Comisión de Sanidad del Congreso, permiten el desarrollo de un programa de Reforma Sanitaria, orientado—a partir de la utilización coordinada de los recursos existentes, y de la permanente evaluación de la adecuación de estos recursos a las necesidades a cubrir—, a organizar la prestación de cuidados médicos y de salud, al amparo de principios de desarrollo integrado, concentrando en medida importante los esfuerzos en atenciones de salud de carácter preventivo que, empezando básicamente en los niveles primarios del Sistema Sanitario, inspiren la totalidad del mismo, con carácter ofensivo, comprometido con la población, y comprometiendo a ésta en el mismo, y siempre haciendo coexistir los fines de promoción de salud y de prevención de la enfermedad con los de asistencia, tanto en la pretensión como en la acción.

Coordinadas las funciones de ordenación, competencia del Estado, con las del recién creado Instituto Nacional de la Salud, órgano fundamental a través del que se ejecutará la política y normativa del Estado para la asistencia médica y sanitaria y para la promoción de la Salud, siguiendo principios de gestión descentralizada de las actividades sanitarias, a través de las prescripciones que el desarrollo constitucional atribuya a las Comunidades autónomas y Entes territoriales; establecidos los criterios de Ordenación Orgánica; de Ordenación Institucional; de Ordenación Territorial y de Ordenación Funcional, queda hecha posible la adopción de un esquema de organización de la asistencia sanitaria que permite dar acogida a los siguientes objetivos fundamentales:

* Ofrecemos el resumen escrito por el autor de su ponencia, mantenida en el coloquio sobre la Reforma Sanitaria organizado por «Revista de Fomento Social» el día 30 de enero pasado. En el coloquio participaron cincuenta expertos y profesionales sanitarios. (N. de la R.)

1.º.—Asegurar a todos los españoles el derecho a la protección de la salud facilitando su accesibilidad al sistema de prestación de cuidados, en tiempo, distancia y costo.

2.º.—Aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y materiales destinados a la asistencia sanitaria, mejorando la calidad de los cuidados tanto desde el punto de vista humano como técnico, y perfeccionando progresivamente el índice o relación coste-eficacia.

3.º.—Establecer un contacto permanente entre el Sistema Sanitario de una parte y los ciudadanos a los que sirve de otra, facilitando al mismo tiempo una creciente participación de la Sociedad tanto en el desarrollo de los servicios de salud de la medicina preventiva y la educación sanitaria, como en el control del Sistema Sanitario.

4.º.—Mejorar las condiciones en que el personal sanitario ejerce su actividad profesional para obtener de él, el potencial cooperativo preciso para estimular su permanente orientación al mantenimiento actualizado de su formación profesional y su perfeccionamiento progresivo mediante sistemas de educación continuada, y de estímulo a la investigación en sus diversas modalidades, estableciendo mecanismos de autoevaluación permanente del Sistema Sanitario, en todos sus niveles, en contribución a su progresivo mejoramiento.

Para alcanzar estos objetivos, será precisa la reconversión del actual dispositivo institucionalizado de la asistencia sanitaria, para adaptarlo tanto al cambio del perfil de la demanda, que obliga a potenciar los cuidados primarios como los más necesarios, porque es a través de ellos como podemos, con criterios básicamente preventivos beneficiar a la patología dominante, como de otra parte, hacer que la tecnología y los procedimientos médicos disponibles, aun cuando se extiendan y mejoren, sean acogidos por la estructura de un sistema, más acorde con las circunstancias médicas y sociales que exige la realidad actual.

En este sistema la nueva ordenación debe dar acogida a los tres niveles asistenciales siguientes:

Asistencia primaria,

Asistencia secundaria a desarrollar a través de los Centros Médicos Sanitarios o Centros de Salud.

Asistencia terciaria en Hospitales.

La Asistencia primaria, ha de tener la máxima consideración. Representada por la Medicina de Familia y Comunitaria y la asistencia pediátrica de Familia, en la ordenación del Sistema sanitario ha de estar en conexión sistematizada, racional y lógica con la asistencia especializada vinculada a los Centros Médicos Sanitarios y Centros de Salud, recuperando su identidad y equilibrando la totalidad del sistema.

Una nueva configuración del concepto de médico general o médico de familia, hará a éste recuperar o incorporar a su actividad profesional dos connotaciones fundamentales: el componente humano, afectivo y consiliar del clásico médico de cabecera y además el componente técnico y científico de una visión de la clínica, para la cual la asistencia especializada es concurrente a una finalidad comprensiva, más que recurso elusivo de responsabilidades asistenciales. El diseño liberalizado del esquema organizativo de la Asistencia primaria debe compatibilizarse e incluso apoyarse en el dispositivo ya existente, remodelable, que debe abrirse a una más amplia utilización por el médico de familia, con vistas a ensanchar progresivamente las competencias del mismo.

Contribuirá a esto también la construcción de comunidades profesionales y sociales en el medio urbano y pequeñas comunidades profesionales en el medio rural. A través de ellas se podrá obviar, en el medio urbano, la incomunicación social que ha hecho muchas veces difícil, en ocasiones imposible, la relación individualizada y exclusiva médico-enfermo, por imposibilidad de localización del médico o por las dificultades físicas de comunicación. En el medio rural la inmediatez del médico, cuando existe, ha quedado muchas veces descompensada por su aislamiento y su incomunicación con otros profesionales.

Naturalmente que el diseño y el esquema de organización de la Asistencia primaria, ha de ser liberalizado, competitivo, siempre en la medida precisa para comprometer saludablemente la relación médico-enfermo, evaluado, primando su ejercicio y destacando su importancia.

Los Centros Médicos Sanitarios constituyen el segundo nivel del Sistema Sanitario; en ellos confluyen la medicina curativa especializada con la medicina preventiva y comunitaria; suponen la programación de la asistencia especializada en Centros del dispositivo remodelable ya existente o nuevos que se creen, pero siempre técnica y funcionalmente conectados con los hospitales, capaces de garantizar tiempos y espacios asistenciales suficientes y permanentemente evaluados. En ellos la atención a la especialización en medicina interna será factor de integración de la asistencia, precisamente conceptuados los niveles de especialización en los diversos Centros; según su ámbito comarcal, subcomarcal o local, de acuerdo con los criterios de comarcalización y regionalización asistencial e institucional previstos por el Mapa Sanitario.

El tercer nivel del Sistema Sanitario lo constituye la Asistencia terciaria, hospitalaria.

Los principios ordenadores de la asistencia hospitalaria han de estar fundamentalmente inspirados en la aplicación de pautas de coordinación orientadas al amparo de criterios objetivos de gradación de la asistencia, en atención a los niveles técnicos de cualificación asistencial que en cada caso concreto determine el proceso asistencial. En este sentido las actividades funcionales de los centros hospitalarios han de ser orientadas según ámbitos de acción progresiva, a través de niveles de especialización perfec-

tamente diferenciados y con equipos técnicos adecuados a las atribuciones y responsabilidades asistenciales que correspondan a cada centro hospitalario en relación con el nivel que ocupa en el sistema. En este sentido, la programación y definición de los niveles del dispositivo institucionalizado hospitalario, determinará que los Centros del Sistema se diversifiquen en tres niveles: Comarcal, Provincial y Regional, constituyendo el nivel comarcal el apoyo hospitalario de los Centros de Salud, de su área de influencia.

La planificación idónea de los Centros Hospitalarios del Sistema permitirá el logro de objetivos de coordinación de toda la red hospitalaria, pública y privada, aplicando en su gestión criterios claros de rentabilidad clínica y social; liberalizando con condicionantes de nivel y al amparo de principios de apertura su utilización, coordinándolos en su gestión con los recursos vinculados al sector privado a través de una nueva y racional ordenación tanto de los conciertos hospitalarios como no hospitalarios.

La Asistencia Sanitaria en todos sus niveles debe ajustarse a principios de interdependencia institucional, que hagan posible el coordinar el conjunto de Centros y Establecimientos, procurando sincronizar conjuntamente los factores de tiempo, espacio y procedimiento con el fin de facilitar la médico-paciente-sistema sanitario, en sus aspectos básicos.

La solución de los déficits cuantitativos y cualitativos existentes puede abordarse ajustando los recursos actualmente disponibles y los de posible programación, que no deben ser grandes hospitales, en función exclusiva de la demanda, de las necesidades y situación de los grupos sociales, con exclusión de cualquier otro tipo de condicionamientos.

La planificación de la asistencia hospitalaria con la asistencia especializada, en dependencia mutua e integrada, permitirá una mejor utilización de los recursos hospitalarios, referida exclusivamente al diagnóstico o tratamiento de aquellos procesos que no puedan ser asistidos en el domicilio del enfermo, en el Centro Médico ni por los Médicos de familia. Con ello el Hospital ocupará el lugar que realmente le corresponde en el Sistema Sanitario, seguirá siendo la referencia última, el vértice del Sistema Sanitario, pero no la referencia exclusiva del mismo.

La estructuración integrada en la ordenación general de la asistencia, de la asistencia de urgencia como tal modalidad asistencial amparada en los medios de personal y técnicos existentes y regulada de modo orgánico y coherente desde el sector rural al urbano, coordinando los medios acualmente existentes, adecuando sus rendimientos, facilitando la información y racionalizando el transporte sanitario; el abordaje de la Asistencia Psiquiátrica a través de un modelo flexible de estructura asistencial, integrado en el sistema general de la asistencia, inserto en la comunidad, sectorizado, precedido del establecimiento de rangos de prioridad, de carácter marcadamente preventivo, basado en una nueva ordenación de los recursos existentes orientándolos al logro, cuando la prevención no ha sido posible, de una asistencia ágil y eficaz que obvie la cronificación y con ello el internamiento y se-

gregación social del paciente; la planificación de la asistencia rehabilitadora como conjunto coordinado de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales; la potenciación de los servicios y unidades de asistencia social; de la medicina escolar; de la medicina del trabajo; una más amplia consideración de los aspectos clínicos y sociales de la asistencia geriátrica, serán en definitiva aspectos importantes del cambio que ha de experimentar con la Reforma, la organización de la Asistencia Sanitaria.

2.º *Actitud de los profesionales ante la Reforma Sanitaria*

Creo que la actitud de los profesionales será positiva: Refiriéndome al aspecto concreto del profesional de la medicina, pienso que en realidad pocas cosas exige el médico para que su ejercicio profesional le produzca íntima satisfacción: disponer de los medios técnicos y materiales precisos para la correcta aplicación de sus conocimientos; disfrutar en su ejercicio profesional de una cierta autonomía que, sin alterar los fines perseguidos, permita que este ejercicio se desarrolle de acuerdo con los principios teóricos que lo definen; y ser acogidos por la estructura de una organización que facilite su trabajo en lugar de entorpecerlo. Circunstancias todas ellas que se está en condiciones de poder proporcionar a través de una organización orientada, tanto en su elaboración doctrinal, como en su aplicación práctica, de acuerdo con estrictos criterios técnico-profesionales y en cuya organización y dirección los médicos intervengan cada vez más directamente.

Naturalmente la Reforma Sanitaria, sin perjuicio del escrupuloso respeto a los derechos adquiridos, plantea la necesidad de reordenar la política de personal al servicio del Sistema Sanitario. Esta reordenación vendrá facilitada por unos criterios coherentes de planificación, tanto en lo que se refiere a la definición de objetivos, como a la definición de puestos de trabajo, gestión consecuente de la política de personal, adecuada planificación de recursos, necesidades y prioridades.

Una permanente evaluación de resultados actualizará permanentemente los criterios de planificación.

Un control de calidad de los servicios adecuadamente programado y realizado, junto a la participación creciente de la sociedad en el control del Sistema Sanitario, amparada por una representatividad adecuada de las fuerzas sociales interesadas en el Sistema, son circunstancias que facilitarán la misma. Por otra parte, parece clara la necesidad de que en la ordenación del Sistema Sanitario se apliquen criterios claros de gestión orientados, tanto a fomentar la personalidad de las Instituciones y la participación en la gestión de los sectores en la misma interesados, como a hacer posible, en beneficio de la evolución perfectible del Sistema, el que la recompensa —por decirlo de alguna manera—, esté en función de los resultados y con ello de la calidad y la cantidad de los esfuerzos puestos a contribución.

La necesidad de esta reordenación aparece aún más clara si se valoran las consecuencias de la ausencia de conexiones entre el gobierno de las

acciones sanitarias y el gobierno del sistema educativo, conexiones logradas en fecha muy reciente, y que ha determinado la aparente saturación del Sistema Sanitario, agravada con la presumible entrada en el juego profesional del país en años próximos de 50 a 60.000 nuevos ejercientes. Nuestro actual sistema hospitalario, víctima de un crecimiento immoderado de plantillas y de Instituciones ha agotado y cubierto la casi totalidad de los puestos hospitalarios del sistema. A esta situación, evidentemente aflictiva, se le puede hacer, si bien parcialmente, frente, a través de la reordenación antes aludida.

3.º *Condicionamientos económicos que hacen precisa la Reforma Sanitaria*

Junto a las consideraciones que sugiere el punto precedente, el otro importante condicionamiento al que ha de afrontar la Reforma Sanitaria, viene sugerido por el análisis macro-económico del Sistema Sanitario.

Si valoramos las macro-cifras de gastos en Salud tanto en el Sector público y de la Seguridad Social, como en el Seguro Libre, junto al resultado de otras actividades clínicas de abono directo por el usuario, se constata un crecimiento constante de los gastos en Salud, que por supuesto no guarda relación con los niveles de eficacia ni de satisfacción que el sistema produce. Podríamos llegar a conclusiones negativas, si no tuviésemos en cuenta que estas cifras en su magnitud vienen determinadas por la utilización alternativa, sucesiva, y en ocasiones simultánea por el usuario, de los diversos niveles y sistemas vigentes en la todavía actual ordenación multigerencial del sistema. La insatisfacción generalizada determina una utilización inadecuada de los recursos sanitarios que se traduce en la degradación de la relación coste-eficacia; esta circunstancia junto a las que anteriormente he señalado, exigen, entre otras actuaciones, la necesidad de incorporar a la gestión del Sistema Sanitario las exigencias mínimas de planificación a que anteriormente me he referido.

En otra ocasión ya señalé que, a mi juicio, el más grave riesgo de la dinámica de la Reforma Sanitaria pueda ser el de crear un nuevo sistema asistencial que coexista durante mucho tiempo con los actuales.

Razones de eficacia y de economía del propio Sistema Sanitario exigen la utilización adecuada y el empleo racional de todos los recursos disponibles del país, de acuerdo con sus características y calificaciones y precisamente en función de principios generales de economía del Sistema.

Tales principios, habituales en la Administración, se convierten en grave responsabilidad en situaciones como las actuales, ante los planteamientos críticos que suponen, de una parte la llegada creciente de profesionales al Sistema Sanitario y, de otra, la situación de crisis o de dificultad económica que atravesamos actualmente, con un sistema sanitario en donde no hay relación entre sus niveles macro-económicos y los resultados del mismo. Las necesidades asistenciales, la imposible autosuficiencia del Sistema, la

economía del mismo, el estímulo y respeto de todas las iniciativas válidas, deben ser contempladas en un sistema público-sanitario entre otras razones, tanto por lo que representan de una mayor garantía de suficiencia de recursos, como por las opciones de libertad que, en un sentido auténtico, comportan. Pero forzosamente hay que superar la tradicional y muy grave incongruencia representada en la superposición de diversas formas de ejercicio socializado con doctrinas asistenciales diferenciadas y dispersas, y el ejercicio liberal, por los mismos profesionales sobre el mismo colectivo, a través, insisto, de una nueva ordenación de la política del personal al Servicio del Sistema. Con ello, junto a una objetiva evaluación del rendimiento de los sectores público y privado; con una orientación adecuada de la accesibilidad de los usuarios al Sistema; orientando las políticas según la evaluación antes citada, pienso que se pueden abordar directrices para equilibrar en el futuro el Sistema o, al menos, para hacer que éste recupere una coherencia perdida y que tiende a incrementar su deterioro progresivo.

Necesidad y urgencia de una ley de sanidad adecuada a las necesidades actuales

Por el Prof. Dr. Valentín MATILLA *

Momento oportuno

Creo que estamos en el momento oportuno para acometer esta importantísima tarea. Por una parte, se ha debatido ampliamente el proyecto de Reforma Sanitaria elaborado por el equipo ministerial que rige actualmente y que, por lo menos, ha tenido la virtud de concitar una crítica pública desde muy distintos sectores profesionales y políticos, que pese a su sentido adverso o contrario, resulta expresión de una preocupación y deseos loables y, por supuesto, bien intencionados. El clamor ha llegado a las altas esferas gubernamentales y han impresionado a los parlamentarios de los diferentes matices y Partidos y ante la rotundidad de muchos de los argumentos con que se ha combatido el proyecto, se ha decidido en las Cortes suprimirlo y se ha tomado la decisión de elaborar en el Parlamento un nuevo proyecto o reforma, que deseamos sea no sólo estimable, sino perfecto hasta donde toda obra humana puede serlo.

«Con una celeridad desusada—escribe recientemente un estimado cronista—el grupo de trabajo designado para redactar la reforma sanitaria de la Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Congreso de los Diputados, culminó su elaboración en una semana» aunque quedan por redactar cuatro apartados de positiva importancia.

No queremos ocultar la preocupación que nos produce ese apresuramiento para llegar a un planteamiento pormenorizado de la reforma, que ha de servir de base o cañamazo en la discusión a realizar en el Pleno y, aun comprendiendo y estimando la buena intención de los componentes de la Comisión acuciados por ese grave problema nacional, tememos que la elaboración del Proyecto no resulte tan estimable como todos deseamos. Precisamente, entre los graves errores que se censuraban en el Proyecto ministerial retirado, uno era la improvisación con que se planteó, confeccionó e hizo público. ¡Ojalá que no se repita el yerro, ahora!

* Secretario Perpetuo de la Real Academia Nacional de Medicina.

Como final de estas consideraciones preliminares, nos hemos decidido nuevamente a intervenir, para dejar bien sentados unos puntos de vista de quien, por razón de su especialización y actuando durante medio siglo activamente en puestos de responsabilidad en la Sanidad Nacional y en la Cátedra universitaria, pueden resultar aprovechables, siendo en todo caso desinteresados y bien intencionados.

La salud como objetivo. La inspección como necesidad

Dejemos sentado en primer lugar y como premisa indiscutible, que toda reforma de los estamentos sanitarios debe de reunir inexcusablemente, al menos, dos condiciones: comprender o abarcar todos los cometidos u objetivos que hacen referencia a la promoción y defensa de la salud (y no solamente a la evitación y curación de la enfermedad) y, por otra parte, que revista o tenga un amplio aspecto social, por que ha de influir y beneficiar a la totalidad de los españoles, y no sólo en su vida personal, y ni siquiera familiar, sino ampliamente con enorme transcendencia sobre el futuro del país, como suma de todos sus entes humanos y a lo largo de muchos años y posiblemente a través de varias generaciones.

Por ello, debe de afectar por igual y sin distingo alguno, a todos los estamentos sociales, ampliando en lo necesario su campo de actuación, porque, dada la obligada convivencia dentro de la sociedad humana y, por otra parte, y como consecuencia, el influjo permanente de unos sobre otros dentro de la masa social, si se descuida algún resorte o mecanismo de actuación en la máquina sanitaria o se produce algún fallo (quizá no difícil de evitar por otra parte), automáticamente aparecerá la deficiencia, que en mayor o menor grado afectará al total comunitario.

La influencia benéfica y permanente de los recursos sanitarios, constantemente en juego y en tensión, ha de procurarse merced a una organización perfecta y bien planeada, para que a su benéfica influencia y provecho no escape ningún individual ni colectivo, por las razones y consecuencias de que hacíamos mención precedentemente.

Pero no basta con que la organización planeada y conseguida sea lo más acabada posible, sino que se precisa de un mecanismo de vigilancia y cuidado a propósito, para salir al paso de posibles deficiencias, por desgaste o relajamiento del personal que fácilmente cae en el defecto de una rutina perniciosa, *máxime* si se tiene en cuenta que han de intervenir personas de muy diversa calidad y condición, con un sentido de responsabilidad distinto, pero con misiones—a altura o interés, diferentes—que son altamente interesantes dentro de un engranaje o correlación indispensables.

Por ello y dadas las múltiples situaciones de ese personal, habrá de cuidar que el sistema de vigilancia y control esté suficientemente diversificado, pero con una culminación de mando o actuación único, que asegure la normalidad y suficiencia en la totalidad del órgano y sistema.

A la larga, la disciplina se va relajando en la colectividad o conjunto de cualquier clase y sin pretenderlo intencionadamente, el funcionario de todo orden o calidad tiende a la inercia, o al menos a colocarse en situación de relativa pasividad e inacción más o menos real.

Por todo ello, nos referimos a la ineludible necesidad de un dispositivo permanente de inspección cuidadosamente organizado y siempre a punto, que cumpla su misión—difícil y enojosa—a cargo de personal técnico, de independencia asegurada, atento permanentemente a la buena marcha del sistema, para evitar esas deficiencias o fallos a que acabamos de aludir, muy explicables y posibles en una obra de la envergadura que se proyecta.

Al respecto, tenemos un ejemplo próximo y hasta actual que con otros muchos presta valor a nuestro aserto.

En efecto, no puede ignorarse que en la precedente etapa de puesta en marcha y desarrollo del Seguro de Enfermedad y, en general, de la Seguridad Social en pleno, ese Servicio inexcusable de inspección funcionó en toda época deficientísimamente y acabó por mostrarse como completamente nulo y sin efectividad. Ante la gran multitud de funcionarios y técnicos de todo orden—indispensable para la realización de la colosal función sanitaria que se proyecta—no puede asegurarse su buena marcha sin una buena inspección e intervención permanente y siempre a punto.

Con muy buen criterio, desde el momento en que se inició el estudio y proyecto del Seguro de Enfermedad hace treinta y cinco años, se previó la necesidad de ese Servicio de Inspección y de ello soy testigo de excepción, porque presidí la Comisión Nacional creada al efecto. Unánimemente coincidimos en el seno de la Comisión, en esa necesidad y dejamos señalada su creación en lugar destacado del Informe que se confeccionó. Seguidamente se puso en práctica nuestra recomendación, con la creación de un Cuerpo de Inspectores Médicos integrado por profesionales cuidadosamente seleccionados en los años siguientes, por ejercicios de oposición, teóricos y prácticos, hasta llenar las necesidades previstas.

Pero pasó algún tiempo y esos dignos funcionarios tropezaban en la práctica con demasiadas dificultades, sobre todo de orden moral y en su ejecución se pugnaba a menudo con criterios deontológico o éticos y se sacaban a relucir supuestas faltas de compañerismo y sus decisiones o sentencias eran impugnadas por los expedientados o sancionados, que con facilidad disfrutaban para su defensa, con el respaldo generoso de las organizaciones profesionales.

Por éste y otros motivos quizás, se fue resquebrajando la función inspectora y en poco tiempo quedó como un recuerdo poco grato que había que olvidar.

Ahora, alleccionados con este ejemplo reciente, habrá que pensar cuidadosamente en la creación de ese órgano, indispensable, repetimos, de acción efectiva, para que funcione con independencia y sin mediatización, aunque dejando a salvo, naturalmente, un recio criterio de justicia y pro-

porcionando al posible infractor o inculpaado, la vía legal correspondiente de defensa y rodeado de las garantías precisas.

Prioridad a la medicina preventiva

La reforma o reorganización sanitaria a que debemos aspirar, comprenderá o atenderá, sobre todo, a la *promoción, defensa y perfeccionamiento* de la salud, del estado hígido integral, aspirando al «bienestar físico, mental y social» de todos los españoles, buscando no sólo su conservación a través de las diversas etapas o períodos de la existencia, sino incluso su fortalecimiento y consolidación, como caudal de la máxima calidad y valor social, que constituye además, por sí, la mejor defensa contra la perturbación, el desequilibrio biológico y la enfermedad.

La *Medicina preventiva* que ha logrado un auge tan notorio en escaso medio siglo, sirve a esa conveniencia y necesidad ineludibles, resguardando al individuo y a la comunidad social, de tantos y tan graves riesgos que de vez en cuando le conducen incluso a la muerte.

La enfermedad, como perturbación del orden y equilibrio con que funciona el maravilloso mecanismo humano, lleva consigo una serie de riesgos y males morales, afectivos y económicos para el conjunto social, cuya repercusión en la sociedad entera es siempre grave, aunque esta gravedad aparezca con frecuencia disimulada.

Pese a los espectaculares avances logrados por esta moderna Medicina preventiva y a pesar del conocimiento y difusión popular del manoseado axioma que reza que «más vale prevenir que curar», su práctica y maravillosas técnicas apenas si han cuajado en el ánimo del médico no especializado en esta materia (el especialista sanitario propiamente dicho), ni han sobrepasado la calidad de tópico o máxima rutina, que se difunde sin mayores consecuencias en todo tiempo.

Solo así, se explica cómo en la vasta y costosísima obra de la Seguridad Social en nuestro país (y en otros muchos también) apenas si se han tenido en cuenta esas doctrinas y posibilidades preventivas, dedicando todos los esfuerzos y colosales recursos financieros a la lucha contra la enfermedad ya en marcha e intentando por todos los medios el restablecimiento de la salud perdida, objetivo muy loable por supuesto, pero positivamente muy inferior y mucho más difícil de conseguir y también muchísimo más oneroso y problemático; y, de ser logrado, lo será a más largo plazo.

En la reforma que se proyecta habrá que enmendar ese tan grave yerro y comenzar por establecer un mecanismo adecuado de prevención sanitaria, sobre bases sobradamente conocidas y cimentadas en la práctica, mediante soluciones más fáciles y de mucho mayor economía.

Podría asegurarse sin pecar de exagerado, que el coste que acarrea el tratamiento de una enfermedad (de las que son más positivamente previ-

sibles) aseguraría la prevención o evitación de unos miles de sujetos, a los que así se libraría de antemano y con absoluta seguridad, de padecerla.

Contemos, además, con que no hay enfermedad absolutamente benigna o de escasa monta, porque, por una parte, en la etiopatogenia de cualquier proceso juegan abundantes y variados factores dotados de positiva nocividad (y prueba de ello es que ha logrado al interferir en el organismo sano, una clara perturbación y desequilibrio) y por otra, desconocemos de antemano las condiciones reales de neutralización y posibilidades defensivas con que cuenta en ese momento el organismo afectado y, asimismo, su comportamiento efectivo a continuación, para conseguir evitar o neutralizar esas frecuentes complicaciones que inesperadamente cambian el rumbo bonançible del proceso y que pueden conducir sorprendentemente a la muerte. Y también a la producción de esas secuelas o consecuencias desafortunadas, cuya trascendencia para el futuro y porvenir del enfermo, no es fácil de prever y valorar.

No hay enfermedades terminantemente leves, aunque algunas, *a priori*, lo parezcan; todas pueden originar la muerte y todas ellas, en todo caso, esconden un riesgo *per se*, que puede resultar a la postre gravísimo y originan inesperadamente consecuencias perturbadores—en mayor o menor cuantía y grado—para el individuo y la sociedad.

Hace poco tiempo, en un trabajo mío dedicado a considerar las favorables consecuencias que se derivan de la erradicación afortunada de la viruela en el mundo, veíamos cómo, incluso en el aspecto económico, la resultante ha sido extraordinariamente ventajosa para la comunidad en total.

Merece la pena para mientes en el estudio y planeamiento de una organización de la Medicina en esa primera y primordial etapa de la prevención de las enfermedades, mediante la instalación de Centros sanitarios, más perfectos y abundantes que los que hasta ahora atendía al Sanidad Nacional y estratégicamente distribuidos, que tendrían la virtud además, de realizar o promover una auténtica y provechosa educación sanitaria de las gentes, adiestrándolas en la defensa de su propia salud, con una participación activa indispensable y provechosa que hoy no se fomenta ni se siente.

Replanteamiento y reforma de la medicina asistencial

Pensemos ahora en esa segunda fase o etapa de la Medicina, a desarrollar también, simultáneamente a la anterior, en el nuevo plan o reforma; la de orden curativo o *asistencial*, la que ha sido atendida o propugnada casi en exclusiva hasta ahora, como base de la Seguridad Social y que ha resultado excesivamente onerosa e insuficiente en sí misma.

Para poner de manifiesto su insuficiencia y fallos, no hará falta sino recordar simplemente que la hospitalización falla en una serie de procesos, tales como los de carácter transmisible, los psiquiátricos, dando preferencia

y casi con exclusividad a los de índole quirúrgica y escatimando plazas o camas a los puramente médicos.

Pero el fallo fundamental y que ha sido puesto de relieve por todos los que se han ocupado de estos problemas, es la deshumanización en esas mastodónticas Residencias y hospitalizaciones de todo orden, que han conducido a una medicina demasiado materialista, tan en oposición con la asistencia médica familiar o con la que se desarrollaba en los reducidos hospitales tradicionales.

Menos mal que asistimos a un reverdecimiento—al menos, en teoría—de la que puede considerarse como medicina *personal* que exige una estrecha relación entre el médico y el paciente, por razones obvias y fundamentales de orden moral y aun de carácter puramente científico. Desde nuestros primeros pasos, como estudiantes, en las Clínicas universitarias, se nos recordaba aquella máxima siempre vigente: «En Medicina, no hay enfermedades, sino que hay enfermos», porque dada la realidad reactiva singular en cada ser, la evolución de la misma enfermedad y sus consecuencias más o menos trascendentes, varían en grado mayor o menor, dando al proceso un cariz distinto y peculiar en cada enfermo.

Pero, sobre todo, hay que procurar firmemente afinar en la mente del futuro médico con carácter indeleble hasta donde sea posible, ese sello de humanitarismo y de protección y ayuda al enfermo, que necesita de nuestros exquisitos cuidados y de nuestra sincera y constante comprensión, ante la desgracia o trance en que se ve sumido y en cuya especial circunstancia se ampara en nuestra benevolencia, confiado en nuestra ayuda.

En enfermo es, ante todo, un hombre que sufre, una persona con su complejo existencial, íntimo y secreto, que precisa inexcusable y apremiantemente de una forma o calidad singular de convivencia por parte de los que le rodean y cuidan y de entre los cuales está en lugar destacado el médico. Recordemos al respecto, que el Papa Juan XXIII dejó escrito en la *Pacem in terris*: «En toda convivencia humana bien organizada y fecunda, se debe colocar como fundamento el principio de que todo ser humano es persona» y que «de esa misma naturaleza nacen directamente, al mismo tiempo, derechos y deberes que por ser universales e inviolables, son también absolutamente inalienables». «El reconocimiento de esa dignidad y de los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana—se dice en el preámbulo de la Declaración universal—es la base de la libertad, la justicia y la paz del mundo.»

Y el Pontífice felizmente reinante dijo también, públicamente, hace poco tiempo: «Quizá una de las más vistosas debilidades de la civilización actual esté en una inadecuada visión del hombre. La nuestra es, sin duda, la época en que más se ha escrito y hablado sobre el hombre, la época de los humanismos y del antropocentrismo. Sin embargo, la época de los humanismos y del antropocentrismo. Sin embargo, paradójicamente, es también la época de las hondas angustias del hombre respecto a su identidad y des-

tino, del rebajamiento del hombre a niveles antes insospechados, época de valores humanos conculcados como jamás lo fueron antes.»

Revisión de la asistencia hospitalaria

La asistencia hospitalaria, desgraciadamente no es, a menudo, en estos tiempos, excepción a la queja formulada por el Papa en su aludida alocución y para remediar este capital, mal habrá que tomar al menos dos provisiones fundamentales en la reforma sanitaria que se proyecta. Por una parte, reforma radical de los centros hospitalarios en cuanto a su capacidad y a su funcionamiento y, por otro lado, cuidadosa formación del futuro médico para que sepa acercarse, tratar y *convivir* adecuadamente con el paciente, en esa transcendente ocasión que es el *acto médico*, hoy terriblemente deshumanizado.

Con insistencia ha sido unánimemente aceptada la perentoria necesidad que hay de reducir la capacidad de los Centros de hospitalización y tratamiento de los enfermos y en diversas reuniones de carácter internacional, así se ha expresado por bocas muy autorizadas, llegándose a la conclusión de que los Hospitales y Residencias asistenciales cuya capacidad supere las trescientas camas son inadecuadas e ingobernables. Las consecuencias las pagan los enfermos, que son atendidos y tratados con grandes deficiencias.

En la actualidad, tenemos servicios médicos demasiado complejos y sobrecargados de personal auxiliar y subalterno, lo que facilita los fallos por defecto o anulación de un imprescindible sentido de responsabilidad personal y por la imposibilidad material de una inspección efectiva y provechosa.

La responsabilidad directa, indispensable, de cada Servicio y del personal—sanitario, o de cualquier otro orden—se resquebraja y se anula a su vez, de entrada, la indispensable colaboración para llegar a un buen resultado final, que garantice la asistencia de los enfermos en óptimas condiciones.

La superabundancia de personal no sólo acarrea gastos muy voluminosos que encarece de manera notoria el presupuesto del establecimiento, sino que dificulta la labor de asistencia y contribuye a ese gran mal de los hospitales de estos tiempos, que es el llamado muy gráficamente «hospitalismo», producido por la capacidad infectante de muchos de los asistentes, que sin medidas preventivas adecuadas, siembran las infecciones actuando como verdaderos verdugos, originando complicaciones que, además de alargar la estancia del paciente en el hospital, le exponen a riesgos muy importantes.

En los hospitales demasiado voluminosos, el enfermo pierde automáticamente su verdadera personalidad y carácter humano casi, al ingresar, transformándose en un número a la cabecera de su cama, a su vez emplazada en la planta y habitación correspondiente. Como mero ente o número pasa a ser tratado por todos sus asistentes, con el máximo desprecio para su

dignidad como ser humano. Así, el acto médico debería ser íntimo, secreto y confiado, se transforma en algo impersonal y sin fondo; de ese modo, la *relación médico-enfermo* se difumina y prácticamente se anula y se pierde. La asistencia psicosomática, perfecta y directa, no es factible en esas condiciones y las consecuencias para el buen éxito del tratamiento se pueden fácilmente suponer.

Complemento obligado de esa indispensable reducción en el inmediato futuro, del volumen de los Centros de hospitalización, es la adecuada formación del personal directamente asignado al cuidado de los enfermos: médicos, enfermeras que les secundan, asistentes de todo género, cuya colaboración, más o menos directa o indirecta, fundamental o secundaria, contribuye a la perfección de la técnica asistencial y a sus resultados.

Relevancia a la medicina personalista

Por lo que hace referencia al profesional médico, fundamental responsable, se hace preciso que en las Facultades o Escuelas de Medicina, se corrijan urgente y tajantemente, los graves inconvenientes que se oponen a que la formación de los futuros médicos sea idónea y adecuada a los altos fines, que culminan en el cuidado humanitario del enfermo que sufre en la complejidad de su persona. Para conseguirlo, habrá que, no solamente restringir la masa informe del alumnado que hoy se matricula en nuestras Facultades y se acumula en nuestras aulas, sino que pedir profesorado que, en la misión de enseñanza de la Ciencia y Arte de curar, atienda al cultivo de la personalidad del alumno, ejemplarizándole con su conducta intachable y exquisito comportamiento a la cabecera del enfermo, sigularizándole en todo caso, y desarrollando una *medicina personalista*, dentro de los cauces estrictos que marcan las normas deontológicas más rigurosas (que desde Hipócrates se han considerado como reglas de oro en la profesión), a fin de que ésta alcance la altura y sublimidad que le son proverbiales; desgraciadamente, en los tiempos que corren, frecuentemente son olvidadas.

El futuro profesional así aleccionado y formado, allí donde se encuentre y cualesquiera que sea el puesto que ocupe en el ámbito de la Sanidad, cumplirá con su misión a plena satisfacción de enfermos y público, con entrega generosa a sus pacientes, inspirado en esos principios humanitarios y caritativos que le harán sentir como muy secundarios esos otros de mero alcance material, tales como la fama y renombre, popularidad, remuneración exagerada, evitando la ligereza y superficialidad en su trabajo, el pluriempleo tan infecundo y todas otras lacras que tan a menudo minan la calidad del quehacer médico y acarrear a los enfermos perjuicios notorios, llegando a un lógico desprestigio y desconfianza, en tal caso perfectamente explicables y harto dolorosos.

En es buen hacer de todo profesional sanitario (en cualesquiera de sus niveles y grados) habrá que distinguir lógicamente y por imposición de la realidad, dos situaciones bien conocidas y comunes antes de ahora:

Por una parte, la asistencia domiciliaria, a la cabecera del enfermo en su propia vivienda, que fue la tradicional y siempre muy estimada, en la que se prestigió el «médico de familia», verdadera institución injertada en profesionales, que a través de toda su existencia gozaban de la total confianza de sus clientes y atendían sucesivamente a dos o tres generaciones familiares y acababan por ser contados como propios miembros de la célula familiar.

Su actuación, desde el punto de vista de la atención profesional que prestaba, se basaba más en su experiencia e intuición (lo que gráficamente llegó a catalogarse con el significativo nombre de «ojo clínico»), que con el estudio directo y cuidadoso del enfermo simplemente por la aplicación de los sentidos y poco más, llegaba a apreciar signos externos e internos anormales, con los que podía fundamentar un juicio diagnóstico probable y hasta seguro.

Con el auxilio o ayuda de la refinada técnica exploratoria actual en sus grados más elementales, puede el médico, en visita domiciliaria, realizar una labor asistencial estimable, con tratamientos basados en un diagnóstico más seguro y contando en todo caso con la colaboración inestimable de colegas especializados en Centros próximos, distritales o comarcales, debidamente emplazados, con dotación instrumental y personal adecuada, sin olvidar la posibilidad de tener que hacer el traslado de los enfermos allí o a otras hospitalizaciones más perfectas o completas.

Por ello, es loable la tendencia a la creación de esos Centros estratégicamente distribuidos y ubicados en nudos de comunicación apropiados o en ciudades o urbes más modestas, cabeza de región, comarca o distrito. Hacia ellos pueden confluir y también irradiar, los enfermos de diagnóstico impreciso o difícil y aquellos otros que por precisar un tratamiento especial (quirúrgico, tocológico, radioterápico, etc.), rebasan lógicamente las posibilidades del médico en el medio rural primitivo (hoy totalmente aislado e indefenso, sin mínima dotación de medios) y de unos núcleos de población eminentemente agrícolas, entregados desde siempre, al azar y a su propia suerte.

Quizás, exageradamente, se trata de crear una nueva especialidad, la de «Médico de familia», detalle que nos parece exagerado y que podría reemplazarse por una estancia periódica (de uno o dos años) y obligatoria, de los médicos noveles, que al obtener su título profesional, deberían pasar por el medio rural, adquiriendo un aprendizaje aprovechable por boca del médico ya experto y suficientemente avezado.

Habría que lograr además, para llegar a resultados ventajosos, a interesar al futuro enfermo o cliente, en esa modalidad profesional, mediante una educación apropiada y buscar un sistema de remuneración que sin ser la clásica «igualada» (con notorios inconvenientes), le comprometiera directa y personalmente con el facultativo, buscando también una fórmula práctica y ventajosa para llegar a la tan deseada «libre elección del médico» como premisa indispensable de respeto a la libertad del ciudadano, en asunto que

tan directamente le importa, como es el cuidado de su salud y de la de los suyos.

Respecto a la asistencia en los Centros hospitalarios, se precisa no olvidar ciertas condiciones previas que son inexcusables.

En todo caso, hay que tender (disculpe el lector nuestra machaconería) a la máxima humanización de la asistencia sanitaria y, para ello, se hace necesario e imprescindible el limitar el volumen y capacidad de los Centros de hospitalización y fragmentar o seccionar debidamente las Residencias colosales de la Seguridad Social y los hospitales demasiado voluminosos, para que racionalmente segmentados queden transformados en hospitales de 300 a 500 camas como máximo, más manejables y mejor gobernables, con un mando debidamente especializado y experto en esa delicada y difícil función técnico-administrativa; será asesorado por un Consejo tutelar que le respalde en las arduas circunstancias que frecuentemente se presentarán.

La selección del personal de todo orden—y no solamente el de carácter eminentemente técnico—habrá de hacerse con sumo cuidado y al margen de toda circunstancia que no afecte a su capacidad y preparación, antecedentes bien controlados, y el ingreso y admisión se hará mediante compromiso legal o contrato, que permita una suficiente comprobación previa a su designación definitiva.

Se regulará debidamente la actividad del personal y del Centro para evitar distorsiones e irregularidades en lo posible, tratando de evitar situaciones extremas de absentismo, paros más o menos disimulados o descarados, que acarrear graves perjuicios a los hospitalizados. Si en algún sector o medio social hay que evitar esas anómalas situaciones, es precisamente en estos Centros hospitalarios.

Se asegurará una estrecha relación y colaboración entre toda clase de Centros (de consulta e internamiento) para evitar los abusos tan frecuentes de todo orden y se procurará un estrecho control de la duración de las estancias de los pacientes, causa grave en la actualidad, de desorden y encarecimiento.

Por lo demás, en los hospitales habrá Servicios debidamente organizados para atender a toda clase de enfermos de Medicina, de Cirugía y de las diversas especialidades, sin exclusión alguna.

Se hace precisa la reorganización de los consultorios o ambulatorios actuales, evitando la afluencia incontrolada de enfermos y consiguientemente las consultas masivas, que no pueden ser debidamente atendidas, dando pretexto o fundamento razonable a la protesta continua e indignación de médicos y de pacientes.

Es, en los centros de hospitalización sobre todo, y en la totalidad de la asistencia en definitiva, donde habrá irremisiblemente que llegar a una

suficiente o perfecta organización y control administrativo, para evitar filtraciones y gastos cuantiosísimos que escandalizan lógicamente por su cuantía y difícil explicación. El presupuesto de la Seguridad Social de cerca de *dos billones* de pesetas (casi tan elevado como el del Estado) obliga a una elevación constante de las *primas* o cuotas que, por otra parte, están ajustadas sin la debida equidad, comparativamente, entre el Estado (que contribuye mínimamente), los empresarios y los obreros. En alguna otra parte hemos analizado el problema en relación con otros países europeos y hemos demostrado esa excepción inexplicable que se da en el nuestro y que es de justicia rectificar.

Medicina rehabilitadora

En cuanto a la tercera faceta de la Medicina en su aplicación práctica, la etapa o faceta *rehabilitadora* o reparadora, señalemos sucintamente en honor a la brevedad (que se impone dada la extensión que ha alcanzado este trabajo), que habrá que perfeccionar la organización actual, montando centros debidamente equipados o secciones especiales en los hospitales y residencias donde, con la intervención de buenos especialistas, se realice una ortopedia o reparación moderna en sus diferentes modalidades quirúrgica, fisioterápica, etc.

Son enormes actualmente las posibilidades que tenemos para restablecer la normalidad funcional de tantas secuelas y consecuencias paráliticas y de deformación, que quedan o persisten tras la curación clínica de muchos procesos que pueden afectar al hombre a través de las más variadas edades, desde la infancia hasta la senectud más avanzada.

Con un buen tratamiento reparador, es posible devolver a la sociedad en estos tiempos, una serie de sujetos que han recobrado su normalidad —al menos parcialmente— para desenvolver una labor provechosa dentro de la población activa del país.

Conclusión

En fin, conceptualmente al menos, se trata de llegar a una reforma del estamento sanitario nacional, atendiendo a su carácter eminentemente social y en la que sus diferentes servicios y ventajas lleguen a todos, para promover y perfeccionar la salud preferentemente y en el caso de que se quiebre, repararla y restablecer la normalidad, mediante una medicina que beneficie a todos por igual, con el esfuerzo, sacrificio y coste necesario, pero no excesivo, y en donde el enfermo reciba un trato o atención humanitarios y aún caritativos, es decir, dignos, con respeto de todos sus derechos, que deben ser considerados en todo momento como inviolables y sagrados.

Tópicos de la Reforma Sanitaria

Por el Dr. Alberto BERGUER *

La razón social de la reforma

Nosotros, en el documento que elaboramos sobre la Reforma Sanitaria aportamos ya un criterio fundamental (1). España no ha tenido un sistema sanitario; ha tenido múltiples sistemas sanitarios dentro del conjunto sanitario español; múltiples, porque tanto sus entes gestores como sus entes directores, como las políticas que trataron los diferentes sistemas no pertenecieron a una única política de gobierno. Era una etapa política en la que de alguna manera los Ministerios, concebidos un poco como reinos de taifas, marcaban sus políticas ministeriales no siempre debidamente coordinadas y, además, considerando como que en España hubiera dos mundos diferentes, el mundo ciudadano y el mundo del trabajo. Un sistema sanitario cubriría al mundo ciudadano, por así decirlo; al otro hubo que montarlo en el mundo del trabajo, basado en lo que todos sabemos que nació con las teorías de la Seguridad Social que Bismark aplicó por primera vez y promocionó de alguna manera en los primeros treinta años de este siglo. Entonces la razón social válida es para nosotros la necesidad que tenemos de unificar la protección de la salud en un solo sistema sanitario.

El derecho a la salud que se reconoce en la Constitución tiene que convertirse en una realidad, es decir, que cualquier persona que viva dentro del territorio nacional tiene que tener asegurado el derecho de protección de la salud por encima de cuestiones de gestión, de financiación, de entes patrimoniales, etc. O sea, que hay que definir una política sanitaria para todo el territorio nacional que de alguna manera nos dé la posibilidad de utilizar todos los medios a nuestro alcance, independientemente de que la financiación de los mismos tenga muchas fuentes y del tipo de gestiones que se lleven a cabo. Conviene, pues, racionalizar un único sistema sanitario y para eso consideramos fundamental empezar primero por racionalizar

* Presidente de la Sección Nacional de Hospitales del Consejo General de Colegios Médicos de España.

Ofrecemos al lector la versión escrita de una larga entrevista mantenida por «FOMENTO SOCIAL» con el autor de este artículo sobre algunos tópicos de la Reforma Sanitaria. (N. de la R.)

(1) Ver informe «Crítica al proyecto de Reforma Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social» por la Sección Nacional de Hospitales del Consejo General de Colegios Médicos. Distribución mecanografiada.

el sistema que tenemos preguntando en todos esos pequeños subsistemas que componen el sistema general. Ventaja de la racionalización es, entre otras, la de poder aprovechar al máximo los recursos de que disponemos en este momento muchos de los cuales están abandonados. No hay por qué citar las instalaciones municipales, las de algunas otras corporaciones locales y diputaciones que están abandonadas cuando se está intentando hacer con presupuestos de otro tipo, por ejemplo de Seguridad Social, hospitales nuevos en sectores donde estamos dejando un hospital viejo desaparecer. Es preciso el aprovechamiento al máximo de todos los recursos existentes en la nación sea el patrimonio de quien sea, como corresponde a una unidad política y a una directriz sanitaria racional que de alguna manera haga realidad el derecho constitucional de la salud.

Hay, pues, una razón fundamental que es ésta y hay otra que tampoco se puede olvidar. Cuando un país habla de Seguridad Social y de Seguridad Social financiada por el Estado tiene que hablar forzosamente de Producto Nacional Bruto. España en este momento es el país de Europa que menos dedica en porcentaje de dinero a la salud pública, es decir, dinero a la Sanidad en concreto en relación con su Producto Nacional Bruto. En torno a un 3 por 100 se destina en España cuando en Europa está destinando aproximadamente el 6 por 100 del P.N.B. O sea, que, aparte de que hay que tener una buena gestión de nuestros recursos y una financiación adecuada, lo que sí es evidente es que tenemos que dedicar más dinero a la salud de los ciudadanos para poder llegar a unas cotas mínimas de garantía con relación a lo que están haciendo los otros Estados que ya han alcanzado unas estructuras políticas y económicas más avanzadas que la nuestra.

El régimen más adecuado de retribución del médico de familia

Nosotros, como médicos de hospitales, posiblemente vemos con cierta objetividad un problema que no nos compete; precisamente porque lo vemos desde fuera creemos nos ofrece y nos suscita unas ideas muy claras sobre el mismo. Como médicos de hospitales vivimos de un salario, pero eso no quiere decir que no entendamos los estímulos que debe tener un médico que desarrolla su función de manera diferente a la nuestra. En este sentido, el médico de ambulatorio ha ganado mucho dinero para la poca dedicación que ha tenido. Un médico general de ambulatorio puede haber estado ganando de 50 a 60.000 pesetas mensuales por dos horas de trabajo diario, mientras que un médico de hospital de plantilla habitual gana 68.000 pesetas limpias por siete horas diarias. Estamos de acuerdo en que eso es mucho dinero, pero también estamos de acuerdo que con ese dinero ese médico no podía vivir. Como no podía vivir tuvo que buscar otro medio de sobrevivir. Y los medios de supervivencia han aparecido a través de una medicina privada cada vez más escasa porque, para paliar las deficiencias de la Seguridad Social, grandes entidades especuladoras montaron las famosas sociedades de seguro libre, con las cuales el médico obtiene unos recursos. Los obtiene de instituciones que tienen un fin lucrativo; son empresas con un fin lucrativo que no hacen ni más ni menos

que cubrir las deficiencias del sector de la Seguridad Social y yo diría que especulan con la enfermedad y utilizan al enfermo. Eso no quiere decir que no sean necesarias para de alguna manera cubrir aquellas deficiencias. Así el profesional se ha visto inclinado a ir a ese mundo para poder cubrir unas necesidades básicas en una sociedad de consumo y obtener unos ingresos que le permitan tener un patrimonio familiar digno.

La situación a que ha llevado esto se resume en que el médico de fuera del hospital da un valor importante a la incentivación económica, entre otras cosas porque, además, estuvo sometido a una gran frustración profesional. Los profesionales extrahospitalarios no tuvieron, efectivamente, muchos medios para poder ejercer la medicina que ellos hubieran querido ejercer. Si ahora nosotros queremos pagar a un profesional por curar enfermos y el profesional encuentra que su único medio de vida es la curación de enfermos, ese profesional no prevendrá enfermedades; ese médico de familia de una comunidad no visitará la escuela que tendría que visitar para juzgar de sus condiciones de salubridad; no investigará junto con los funcionarios de la salud pública la salubridad del barrio; no podrá controlar el exceso de calor o humedad en las casas ni el funcionamiento de las calefacciones que puedan suscitar toda la patología neumológico-bronquítica de la tercera edad; no podrá hacer otras muchas cosas, porque, indudablemente, si sólo le pagan por curar, visitará al enfermo pero no prevendrá enfermedades.

Por otro lado, si este médico vive de un salario, como ese salario no podría ser muy alto dado que harían falta muchos médicos de familia para tener bien ordenada una planificación sanitaria general con una cobertura adecuada de necesidades es evidente que corre grave riesgo su dedicación exclusiva como médico de familia; convendría tuviera para ello verdaderos incentivos económicos.

Todos somos conscientes de lo que supone el fracaso de la política funcional de alguna manera en los distintos sectores en que el Estado la introdujo durante muchos años. Entonces creemos que la única posibilidad es un sistema mixto, un sistema en que, por un lado, el sueldo ofrezca al profesional una garantía, le cubra unas necesidades básicas. Percibir unos honorarios dignos y tener que dar cuenta en contrapartida de que realiza otras tareas aparte de las meramente curativas, de que se somete a reciclajes continuos de cara al centro hospitalario del que depende. Sobre esta base dejarle un margen de tiempo para que este profesional pueda de alguna manera aumentar sus economías porque al ser un buen profesional, es solicitado por los enfermos. Hay que buscar motivaciones de índole social que sólo se pueden encontrar teniendo el profesional cubiertas con un salario base unas unas necesidades primarias. Hay que hallar, además, motivaciones de índole económica porque indudablemente vivimos en un contexto capitalista, en un sistema mixto, por así decirlo, pero eminentemente basado en la retribución salarial.

Reforma sanitaria y economía de mercado

Para mí meter en una economía de mercado obligaciones fundamentales del Estado no es ni más ni menos que querer eludirlas. España es un país capitalista y como tal ha de tener una economía de libre mercado, pero en una crisis general de Europa y del mundo con una especulación económica desfasada en cuestiones vitales, como la alimentación, la enseñanza, la vivienda que tenemos en este país en muchos sectores, queremos hablar de un derecho a la salud ciudadana y lo situamos también en una economía de libre mercado. Realmente la economía de libre mercado en relación con este derecho a la salud es una mentira. ¿Quién va a disponer de fondos para que se haga sanidad sin lucro? Absolutamente nadie; nada más que quienes todos sabemos, las órdenes religiosas, una serie de patronatos que tomaron esa medida altruista cuando la sanidad era casi beneficencia.

Hoy en día cualquier empresa que se dedique a la sanidad tendrá que tener un fin lucrativo, porque si no es un fin lucrativo tendrá que ser para eludir impuestos, o simplemente por comunidades religiosas, donaciones o fundaciones de este tipo. Entonces si metemos la sanidad en la economía de libre mercado, de alguna manera, es decir, en la ley de la oferta y la demanda, lo único que tendremos es que el ciudadano español se verá absolutamente invadido por una serie de especuladores de su salud. Y creo que lo que ha pretendido el Gobierno al hablar de economía de libre mercado es, primero, vender una ideología, como gobierno de un partido concreto, la UCD. Al vender esa ideología ha contrapuesto el criterio de socialización con la economía social de mercado. Pero España no es un país socializado en ningún sentido—tampoco en la sanidad—porque las fuentes de producción, aunque el Estado sea el patrono, parten de la iniciativa privada multinacional. Por lo tanto, cuando un Estado es coordinador, planificador y responsable de una cobertura de necesidades sociales ha estatalizado de alguna manera un sector, concretamente la sanidad. Pero eso no quiere decir que lo haya socializado, porque de hecho las gasas que se consumen, las jeringas, todo, parte de empresas privadas. Esto está clarísimo que el Estado ha de dar participación en la economía, pero en lo que se ha de suministrar. Ahora las responsabilidades de cobertura de salud por un lado, y, por otro, las de financiación de los gastos y de los salarios a los trabajadores sanitarios eso tiene que ser a cargo del Estado. No hay que confundir los términos. Que el Estado hable de economía de libre mercado eso lo aceptamos todos. De hecho los concursos de todas las instituciones de la Seguridad Social se hacen por competencia entre empresas que optan a ellos y son libres. Cada empresa ofrece un precio y el Estado tiene que controlar a quién se lo debe comprar en función de muchos factores: calidad, rendimiento, mantenimiento, etc.

Yo creo esos dos conceptos no son absolutamente incompatibles. Se puede hablar de economía de libre mercado sin por ello dejar que el Estado se desresponsabilice de un derecho que la Constitución considera referido a una necesidad básica de los españoles.

La sanidad como servicio público

Yo creo que la sanidad es un servicio público a cargo del Estado, pero que la iniciativa privada tiene derecho a participar de ese servicio público siempre y cuando el Estado garantice la cobertura de las necesidades básicas. Además, si el Estado cubre unas necesidades básicas adecuadas, pero un sector de la sociedad decide ir a otro tipo de sanidad que no sea la estatal, tiene que tener ese derecho, pero supuestas unas necesidades básicas generales cubiertas y sin olvidar siempre que ese sector privado también deberá estar controlado en su planificación y ordenamiento por el Estado. Porque cualquier participación pública y sobre todo privada que pretenda cubrir un derecho a la salud debe estar sometido a la supervisión del Estado. El ciudadano español que elija el sistema de salud del Estado o el sistema de salud que puedan montar las empresas privadas tiene derecho a exigirle al Estado que controle absolutamente la calidad en ambos sectores, el público y el privado.

Desprestigio ante el público de la asistencia ordinaria prestada por la Seguridad Social

Creo que si el hospital tiene algún desprestigio ante el ciudadano, es porque dada la falta de camas que tenemos en el país y dadas las deficiencias de la medicina ambulatoria, los hospitales nos vemos desbordados y masificados. Entonces es muy difícil para el ciudadano entender que para que ingrese un familiar que necesita una intervención que no es muy urgente, pero que sí le resulta incompatible con el desarrollo de su vida social normal, tenga que esperar cama incluso con frecuencia durante meses. Creo que no existe otro motivo de desprestigio a nivel ciudadano. Podríamos hablar de deficiencias técnicas, tanto a nivel profesional como técnico superior; deficiencias en materia de economía, de gestión, de control, etc. Pero para el ciudadano posiblemente aquella sea la causa fundamental. A nivel de ambulatorio de la Seguridad Social la causa es muchísimo más simple: el ciudadano ve que no se le atiende, que hay una falta de prestación. Ordinariamente, hay muy pocos profesionales dedicados a la medicina básica y éstos lo están a menudo con horarios absolutamente absurdos. Un médico no puede atender en dos horas a 60 ó 100 enfermos como tienen que atender algunos. Eso obliga a que de alguna manera el profesional tenga que encubrir su mal práctica, no intencionada, sino obligada, con una medicina de complacencia. La medicina de complacencia aumenta considerablemente los gastos de farmacia y de algún modo podemos decir que crea patologías posteriores. Es decir, si un enfermo porque le duele la cabeza va a buscar aspirinas al ambulatorio y se le están dando aspirinas continuamente, es evidente que podemos hacer potencialmente un ulceroso de estómago o, por lo menos, crearle una gastritis hemorrágica. Pasa lo mismo con los antibióticos, etc. Yo creo que los hospitales podrían recuperar un ordenamiento extrahospitalario bueno, una confianza plena por parte del ciudadano, pero creo que el sistema de ambulatorio está absolutamente descalificado.

El ambulatorio no puede ser todo: un centro de salud, el centro donde estén los especialistas, etc. Realmente, no. Los ambulatorios tendrían que quedar como centros de salud en áreas geográficas concretas que atienden un número de población de ciudadanos concretos y con unos servicios y unas prestaciones concretas que no son lo que son. Pero por supuesto lo que tampoco se puede consentir es que para intentar destruir y no aprovechar un sistema sanitario precedente los partidos o el propio Gobierno empiecen a decir sus defectos, porque esos defectos son inherentes a un régimen político concreto y de una época determinada. Si nosotros basáramos nuestros enjuiciamientos en el Gobierno igual que ellos basan los suyos en la sanidad, podríamos decir que todos los políticos del momento en la sanidad estarían descalificados porque todos fueron políticos de un régimen político anterior. Conviene ser un poco más elásticos. Estos políticos en un régimen de libertades democráticas pueden perfectamente ser políticos válidos y no por eso estar descalificados. Le pasa lo mismo a la sanidad. Tenemos unas estructuras que pueden ser aprovechadas, y para hacer un sistema nuevo no debemos apoyarnos en el desprestigio de otro sistema cuyos defectos todos conocemos.

Los defectos heredados

Los defectos heredados del período anterior son defectos importantes. Uno de ellos se refiere a la estructura de la asistencia sanitaria. Actualmente tiene dos niveles: el ambulatorio y el hospital. Yo no quiero entrar a discutir si deben ser tres los niveles: a) centro de salud, b) un concepto intermedio, tipo centro médico sanitario, como dice el Gobierno, o centro de diagnóstico y tratamiento (hay dos en España y se hizo un esbozo en la etapa política anterior) y c) el hospital. Pero sea tanto de dos niveles como de tres la asistencia sanitaria lo que sí es evidente es que hay que hacer un estudio demográfico y planificado de esa asistencia sanitaria. Tenemos que tener un sistema de salud básico con unos centros de salud—eso nadie lo discute—que cubran unas prestaciones de medicina, de pediatría, de ginecología, de odontología; es decir, unas prestaciones absolutamente básicas. Estos centros de salud están conectados a hospitales, por así decirlo, un poco más generales y también a hospitales más sofisticados. Estos hospitales intermedios generales poco sofisticados—llámeseles centros sanitarios, centros médico-sanitarios, instituciones de diagnóstico y tratamiento, da lo mismo—pero lo que sí es evidente es que ahí debe empezar la administración de la medicina especializada; tienen que estar en áreas geográficas perfectamente definidas, conectados con hospitales generales, con correcta correspondencia con el área geográfica, las comunicaciones, el número de población a la que han de asistir y con hospitales más especializados. Sólo así, con una perfecta coordinación por áreas y todo bien estudiado podremos atajar de alguna manera ese problema de la estructura global de nuestra sanidad.

Masificación de la medicina frente a exceso de profesionales

Podemos decir que hay masificación de enfermos en los ambulatorios y masificación de enfermos en los hospitales porque las estructuras físicas de nuestro sistema sanitario son insuficientes. En cuanto al exceso de profesionales yo diría que no lo hay en este momento. Todavía tenemos tal número de médicos que todos podrían estar perfectamente ocupados en la sanidad si tuviéramos la estructura sanitaria adecuada que necesitamos. Hay zonas con una desasistencia total de los tres niveles de la medicina. Simplemente están cubiertas grandes áreas por nuestros heroicos titulares o rurales. Realmente no hay plétora de médicos. Sí la va ha haber. Habría que analizar por qué va ha haber plétora de médicos. Indudablemente porque ha habido un paro profesional no sólo en medicina, sino en una gran cantidad de carreras universitarias, concretamente en Derecho, en Filosofía, en Biológicas, etc. Todos sabemos que la mayoría de las carreras han engendrado paro. Esto significa que el Estado ha mantenido una universidad para tener una inflación de profesionales importante. Esto no lo necesita ningún país, supone el haber malgastado unos presupuestos del Estado, haber despreciado mucho dinero.

En este momento, pues, si tuviéramos las instalaciones necesarias no sobrarían médicos. Pero en el futuro van a sobrar. Porque cuando las juventudes españolas empezaron a ver que una de las pocas profesiones donde se podía tener asegurado, por así decirlo, un puñado de garbanzos era la Medicina, indudablemente comenzó a haber una gran desviación desde todas las carreras hacia la Medicina, que dio una masificación importante. Como no se tomaron en su momento las medidas convenientes, indudablemente nos tiene que preocupar ahora el paro profesional. Así es, no porque ahora se haya empezado con la selectividad, sino porque, mientras empieza la selectividad, hay unas cantidades ingentes de estudiantes que ya están cursando desde primero hasta sexto de carrera y estos sí que van a ser médicos; esos sí que se van a licenciar en el plazo de cinco años y esos sí que van a engendrar paro profesional por buena planificación sanitaria que tenga el país.

Ahora bien, ¿por qué no se ha llevado a cabo la selectividad desde los inicios de la democracia? ¿Por qué no, si hace mucho tiempo que se estaba clamando por ella? Yo diría—sin necesidad de análisis malintencionados—que, cuando el poder político quiere, sabe tomar actitudes, aunque sea en contra del padre de familia o de los ciudadanos, etc. Pero no le interesó al poder político que la selectividad existiera hasta ahora. Porque, si España tiene el número de médicos que una planificación sanitaria necesita, indudablemente los médicos van a ser una potencia muy importante a la hora de fijar sus relaciones laborales, a la hora de fijar sus reivindicaciones, sus derechos, sus salarios, etc. Por el contrario, si de alguna manera tenemos muy claro que este número de médicos es mucho mayor que el que requieren las necesidades del país el paro es inevitable dentro de cualquier contexto capitalista. Si se va a una liberalización de la asistencia y los médicos han de fijar los honorarios médicos, de alguna manera los pagos por acto médico, tenemos que tener—piensan—muchos más profesionales para

que entonces las ofertas del gobierno puedan ser mucho más bajas. Porque si tuviéramos el número de médicos necesario, de tal forma que no pudiéramos prescindir de ellos, ellos marcarían su política sociolaboral, salarial y de todo tipo. Creo, pues, que ha sido una estrategia del poder político, de alguna manera, simplemente el consentir que la selectividad no se llevara a cabo antes, originando así la ley de la oferta y la demanda un desequilibrio por exceso de profesionales en su relación con las necesidades que va a tener nuestra sociedad.

Nadie podría decir que esto no se podía prever; eminentes personas dedicadas a la docencia hace muchos años que ya denunciaron este fenómeno de la masificación de matrículas en las Facultades de Medicina.

El médico hospitalario, privilegiado

El profesional médico de hospitales podemos decir que hasta el año 1975 tenía un salario, un salario no grande (no suponía eso que perteneciese a un sector de la burguesía elitista), pero sí suficiente para cubrir sus necesidades. Continuamente se le iban haciendo unos reajustes salariales suficientes. Todos los que llevamos más de diez años en los hospitales españoles hemos vivido cómo los movimientos que partían de las bases médicas eran unos movimientos absolutamente técnicos y profesionalizados. Se reivindicaron en medicina unas mejores condiciones técnicas de trabajo; se aducían motivaciones profesionales: el prestigio de la investigación, unas posibilidades de investigación por encima de la clínica experimental, etc.

Curiosamente esto ha cambiado hoy absolutamente. El profesional de hospitales ha dejado de ser un profesional, por así decirlo, guiado sobre todo por motivaciones técnicas, por aquella lucha que hace cuatro y cinco años se detectaba en los hospitales en favor de una medicina de calidad. Como ha perdido en los últimos cinco años en torno al 47 por 100 del poder de compra de su salario, esto ha producido que el profesional de hospitales en este momento se sienta seriamente desalentado, se sienta muy inclinado a las motivaciones económicas. De alguna manera han pasado a un segundo orden las de tipo técnico como consecuencia de esa inestabilidad económica gravísima. Ella le hace pensar incluso en la necesidad de buscarse otras fuentes de ingreso para tener cubiertas unas necesidades no excesivas, sino más bien normales para la sociedad en la que vive y teniendo en cuenta la calidad de la prestación que han aportado hasta ahora los médicos de hospitales. Los factores han cambiado, pues, desde la economía y no podemos hablar ya del médico de hospitales como del profesional privilegiado.

El sistema de iguala y el principio de la libre elección del médico

Yo creo que hay dos conceptos diferentes: uno es el de la libre elección del médico por el enfermo y también del enfermo por el médico, porque tampoco el profesional debe ser obligado a ver a un enfermo que no

quiere. En ese principio están absolutamente de acuerdo todos los partidos políticos y nosotros, como médicos de hospitales, también, pero con tal de que ello no produzca una desestabilización del sistema. En un área de salud el ciudadano puede elegir al médico que quiera, pero por supuesto si va a otra área de salud la libre elección puede desestabilizar el sistema. Dentro, pues, de los márgenes que permita el sistema el principio de la libre elección es absolutamente defendible por cualquier ideología técnica o política, porque es un derecho absolutamente elemental de las libertades ciudadanas. Otra cosa es el pago por acto médico. El pago por acto médico transformaría la medicina primaria en una medicina puramente curativa.

Con respecto a la iguala se pueden decir muchas cosas. El profesional médico defenderá los salarios o defenderá el pago por acto médico, pero definiendo que, sea como sea su sistema de cobro, el que pague la salud del ciudadano ha de ser el Estado. A través de un ente gestor como institución autónoma, a través de un Ministerio de Sanidad o como sea, el sistema de pago es lo que podríamos decir que diferencia la ideología de los profesionales: la de los más liberales y los que aceptarían de alguna manera motivaciones de otro tipo y considerarían que el salario es suficiente. Pero lo que sí es evidente es que la iguala, primero, supone una discriminación. Al ser el poder adquisitivo de los ciudadanos diferente, la iguala indudablemente beneficiaría a los sectores económicamente más elitistas; sería, en este sentido, regresiva. Por otro lado resultaría que el profesional que es el que cobra la iguala sería el responsable de la misma ante la sociedad, sería como un represor económico más de la sociedad. Creo, además, que la iguala en este momento ya hay que considerarla no desde el punto de vista de la sanidad, sino en el contexto económico general. España tiene un salario mínimo interprofesional de unas 22.000 pesetas y un millón trescientos mil parados. El país está en una situación muy difícil como para que ahora los profesionales médicos le exijan al ciudadano que se rasque el bolsillo para que sean atendidos y para que se les cubra un derecho fundamental reconocido por la Constitución.

Yo haría una pregunta a quienes promueven la iguala. Y, si el ciudadano se niega a pagar la iguala, el médico ¿qué sentiría? Que el Estado lo ha fraudulentado porque lo ha llevado a tomar una actitud particular basado en una cuestión de principio político, a la que el ciudadano no responde individualmente. ¿Quién manifestaría esas exigencias? ¿Obligaría el Estado a que ese ciudadano pagara? No. Entonces el profesional se consideraría engañado. Por eso, sea cual sea la ideología, lo que sí está muy claro es que, técnicamente, desde el punto de vista económico, el que al ciudadano se le saque una peseta más a través de un impuesto que podríamos decir sería impuesto por los profesionales de la medicina es deplorable desde un punto de vista político, desde un punto de vista profesional y desde un punto de vista técnico, porque traería innumerables y poco deseables consecuencias. ¿Qué objeto tiene la iguala? La iguala tiene un objetivo muy claro. En este momento tenemos unos cincuenta mil médicos trabajando en el sector extrahospitalario. Esta para mí es la razón fundamental de la iguala, un problema de presupuesto financiero. Cincuenta mil profesionales en el medio extrahospitalario trabajando con una dedicación, que al mes de-

vengarán, por así decirlo, una cifra de cien mil pesetas cada uno, eso se traduciría en una cantidad de cinco mil millones de pesetas. Si tenemos en cuenta los doce meses del año, simplemente ganando cien mil pesetas serían sesenta mil millones de pesetas de ahorro para el Gobierno. ¿Por qué el Gobierno tiene necesidad de ahorrar? La respuesta es elemental. Los empresarios, y esto ha sido reconocido por todos los medios de difusión han dejado de pagar a la Seguridad Social en el 1979 unos 300.000 millones de pesetas; la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, es decir, con medios propios ha costado, por su parte, en 1979, unos 230 mil millones. Si nuestros empresarios hubieran pagado estas cuotas de Seguridad Social nos sobrarían todavía 70.000 millones de pesetas para hacer esos conciertos con esas instituciones sanitarias de corporaciones locales, de entidades fundacionales, patronatos y entidades privadas. No había un empresario que se negara a pagar en un régimen político como el anterior, mientras que en este momento, como el partido político en el poder tiene una dependencia importante del capital, los grandes empresarios no pagan y este año no se ha pagado por parte de los empresarios la sanidad de la Seguridad Social ni tampoco se han pagado 70.000 millones de la sanidad que concierne a la Seguridad Social. Este es el problema real económico.

Autofinanciación del sistema sanitario

Yo diría que no es posible hoy la autofinanciación del sistema sanitario en España. Por una razón fundamental. Puede decirse de alguna manera en términos técnicos que para que haya autofinanciación los recursos propios que tiene el sistema deben ser suficientes para el mantenimiento del mismo y para la expansión del sistema. Y no tenemos que olvidar que España tiene una sanidad deficitaria en sentido de planificación. Nos faltan muchas camas, sobre todo camas geriátricas muchísimas, nos falta una asistencia psiquiátrica debidamente expandida, nos faltan camas de agudos también. Nos faltan centros de salud, de los que carecemos totalmente o casi totalmente si se acondicionaran para ello los ambulatorios. Nos faltan hospitales de tipo intermedio. Tendríamos que acondicionar muchísimos de los hospitales. Es decir, que ante un sistema deficitario en el que hay que invertir muchísimo dinero, por mucho que se reordenen las corrupciones, corruptelas, esos fondos perdidos, esa mala administración y esa mala gestión, es evidente que todos esos déficits corregidos pueden hacer que lo que tenemos ahora funcione mejor, pero nunca podrán crear el sistema sanitario ideal porque todavía nos harían falta más medios. Ahí es donde enlazamos con lo señalado arriba sobre el pequeño porcentaje de su Producto Nacional Bruto que España dedica a la inversión sanitaria.

Elevado costo por enfermo y cama

Hay dos conceptos que tienen que quedar muy claros: lo que se maneja en cifras de imprenta y lo que se maneja en realidades. En primer lugar en España el 70 por 100 del gasto de la Seguridad Social en instituciones sanitarias se lo llevan los hospitales y el 30 por 100 se lo lleva la medi-

cina extrahospitalaria o ambulatoria y la medicina rural. Entonces es evidente que con este 70 por 100 podríamos posiblemente hacer funcionar mejor nuestros hospitales, pero nunca abaratar, disminuir, ese 70 por 100. Y para engrandecer la ambulatoria tendríamos que destinarle más de un 30 por 100. Resulta, pues, que los recursos son claramente insuficientes para autofinanciarse. No hay que olvidar que en los Pactos de la Moncloa hubo un compromiso de que los presupuestos generales del Estado derivaran hacia la sanidad en torno a un 20 por 100 mientras que en este momento nos encontramos sólo en torno a un 10 por 100. En Europa los sistemas sanitarios establecidos aportan alrededor del 18 al 20 por 100 de los presupuestos generales del Estado. Entonces, además de la mala gestión, hay que reconocer que necesitamos que un mayor porcentaje de recursos públicos se canalice hacia la sanidad.

Cuando el Ministerio de Sanidad habla del coste-cama o del índice personal-cama, que son dos criterios que se manejan mucho, lo hacen y lo relacionan con Europa. No podemos olvidar dos cosas. Primera: las cifras que tienen nuestros hospitales de personal-cama no son equiparables con las de Europa porque nuestros hospitales tienen dos características que no las tiene ningún hospital de Europa y que exigen muchísima cantidad de personal. Una la constituyen esos enormes servicios de urgencias en los hospitales y que es el único recurso por el que el ciudadano tiene garantizada su salud desde el punto de vista urgente. Otra la forman unas policlínicas o consultas externas que ocupan grandes áreas de los hospitales, donde hay que destinar buena cantidad del personal porque están casi tan abarrotados como los ambulatorios; con la diferencia de que se les cita por lista de espera y de que tenemos unas instalaciones en las que se ve al enfermo. Estos dos apéndices que han salido al hospital, salvajemente hipertrofiados para de alguna manera contrarrestar las deficiencias de la medicina ambulatoria traen como consecuencia que tenemos unos índices de personal muy altos. Y como del 70 al 80 por 100 del costo del hospital es en personal, indudablemente nuestros hospitales cuestan mucho dinero.

Pero claro está, cuando el Ministerio de Sanidad traduce esas macrocifras económicas y las traduce a camas, está mintiendo. Por una razón fundamental: porque nuestros hospitales, con diez mil pesetas—como ellos dicen—cama no están atendiendo a los mil enfermos que están ingresados; están atendiendo, además, a un volumen de urgencias impresionante y a unas consultas externas impresionantes. Por ejemplo: la Ciudad Sanitaria «Primero de Octubre» está cerca de las diez mil pesetas-cama. Así se juega con este factor. Pero en el servicio de urgencia se ven más de 170.000 urgencias al año, cuyo costo de personal, de mantenimiento, de instalaciones, de sueldos, va incluido en las diez mil pesetas-cama. Y en consultas externas se ven 320.000 ambulantes al año; lo cual quiere decir que en la consulta externa de la Ciudad Sanitaria «Primero de Octubre» se ve un número de enfermos similar a los de habitantes de la ciudad de La Coruña; y que en el servicio de urgencias se ve exactamente la mitad de lo que sería la ciudad de La Coruña. Entonces no hay que hablar de cama-costo, hay que hablar de enfermo-costo. Y si hablamos de enfermo-costo nos daremos cuenta de que nuestras instituciones, a pesar de su mal funciona-

miento, de la crisis grave que existe de poder, de órganos de dirección y de técnicos que se utilicen para su gestión, tienen unos costos nada excesivos. No son diez mil pesetas-cama; son diez mil pesetas-cama, urgencias y policlínicas de los hospitales; lo cual equivale a unas cinco mil o seis mil pesetas-cama que significan una diferencia de casi el 40 por 100 menos.

Se entiende con ello que nuestros hospitales no son económicamente rentables, pero al mismo tiempo se entiende que cuando se habla de cifras de personal en estos hospitales la gente se eche las manos a la cabeza, cuando hay hospital con cuatro o cinco personas por cama. Según un estudio hecho en la Ciudad Sanitaria «Primero de Octubre, si nuestro servicio de urgencia atendiese los enfermos correctos que debiera atender con una buena medicina extrahospitalaria, ya no llegaría a las urgencias hospitalarias el 80 por 100 de los actuales.

Y si a nuestras policlínicas llegara el número de enfermos lógico, entonces sobran automáticamente quinientas personas, quinientos trabajadores, de todo tipo, del hospital. Con lo cual, como el 70 o el 80 por 100 de los costes son de personal, ellos se reducirían rapidísimamente. Pero no se puede aplicar drásticamente esta política, porque antes es preciso desarrollar el área extrahospitalaria.

La vertiente farmacéutica de la Reforma Sanitaria

Por Pedro CAPILLA MARTINEZ *

El autor de este artículo interpreta para «Revista de Fomento Social» los criterios del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España en torno a los puntos más cruciales y controvertidos de la reforma sanitaria en elaboración.

Asesoramiento técnico para la Reforma

Antes de entrar en el contenido mismo de la Reforma Sanitaria estima en su informe el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España que en todo el proceso de elaboración de aquella Reforma no se ha contado suficientemente con la opinión de las personas y organismos técnicos interesados. De acuerdo con que las leyes tienen unos cauces políticos formales de gestación vía representación parlamentaria. De acuerdo también con que existen competentes técnicos sanitarios en los engranajes de la Administración Pública y del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que son quienes han tomado la iniciativa y presentado hasta ahora los documentos iniciales. ¿Pero qué duda cabe, a pesar de todo, de que los borradores de la Reforma podrían quedar considerablemente enriquecidos si se recabaran los puntos de vista y los criterios de las organizaciones profesionales más interesadas? En concreto estimamos nosotros que en la documentación previa a la Reforma, hasta ahora disponible, la vertiente farmacéutica de la misma está poco representada, tiene escaso relieve.

¿Reforma médica o reforma sanitaria?

Basta leer el documento «Líneas Generales de la Reforma Sanitaria» para ver que se ocupa casi exclusivamente del problema médico. Y lo mismo sucede con el nuevo escrito «consensuado», redactado en la Comisión de Sanidad de las Cortes. Es cierto que hay un capítulo dedicado a la far-

* Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España.

macia, otro capítulo dedicado a la veterinaria, pero tan exiguos, tan pequeños, tan poco desarrollados que confirman nuestra afirmación de que se trata de una reforma médica más que de una reforma sanitaria. Que se le llame entonces reforma médica, que parece ser lo que se pretende. Porque si se le llama reforma sanitaria hay que tocar mucho más en conjunto todos los temas sanitarios. La sanidad, en efecto, comprende a un conjunto de profesionales, a todos los que ejercen en su demarcación específica. Un ayudante técnico sanitario es un sanitario, un odontólogo es un sanitario, un farmacéutico es un sanitario, un veterinario es un sanitario. Si la reforma no se ocupa más que del problema médico, del problema de hospitales desde el punto de vista médico, de asistencia primaria, de asistencia de segundo nivel o centro de salud y todo gira y se centra en torno al médico, hay que definirlo como un proyecto médico. Nosotros no estamos en contra, ni mucho menos, de una reforma sanitaria, ni de muchas de las cosas que se dicen en los borradores del Ministerio y de las Cortes sobre la reforma pero sí de que se capitidisminuya de esa forma al sector nuestro, en concreto—cada sector tendrá su opinión—y que haya sido tratado bastante pobremente.

El farmacéutico y la educación sanitaria de la comunidad

El farmacéutico, en realidad, tiene que jugar un papel de informador del medicamento, de educador sanitario desde el medicamento y de garante del mismo medicamento. Por otra parte, el farmacéutico está en condiciones de poder desarrollar esta función desde este mismo momento. Es necesario que el farmacéutico se incorpore a todos los programas de educación sanitaria que se lleven a cabo. La educación sanitaria de hecho se hace, aunque muy primitivamente, si queremos llamarlo así, a través del mostrador de una farmacia. En cuestión de dietas, en cuestión de dosis, en materia de incompatibilidades entre medicinas, en temas alimentarios, etc., son muy frecuentes las consultas en las farmacias y otras muchas las ocasiones en que el farmacéutico, conocedor personal de numerosos enfermos, espontáneamente les aconseja desde la naturaleza del medicamento o desde la multiplicidad de los mismos que muy a menudo se le demandan. Este papel de educador es el que hay que programarlo un poco para que sea efectivo a nivel general desde el mostrador de una oficina de farmacia por un lado y, por otro, a niveles comunitarios: comunidad de vecinos, comunidad parroquial, comunidad municipal, etc. Porque la educación sanitaria, particularmente la educación sanitaria desde el medicamento, es cada día más necesaria en todos estos niveles, integrándose de esta manera la educación desde la farmacia con la educación desde la medicina en una verdadera educación sanitaria.

Por otra parte, la educación desde el medicamento tiene cada día más importancia. Hoy se maneja, en efecto, un auténtico arsenal terapéutico; hoy existe una serie de medicamentos con una potencialidad tal que es precisa más que nunca la presencia del farmacéutico como profesional de los mismos. Algunos creen que el farmacéutico ha perdido su misión porque tiene que utilizar mucho menos que antes el mortero o el pildorero. No

caen en la cuenta de que hoy, por el contrario, tiene que tener una formación mucho mayor para saber de incompatibilidades entre medicamentos, de interacciones entre medicamentos. En realidad todos los días se están produciendo accidentes; son cada día más frecuentes los ingresos en una institución sanitaria con motivo del medicamento. Fenómenos de alergia, de interacciones entre medicamentos potenciándolos o anulándose la acción con lo cual no hay posibilidad de que se corte la enfermedad, problemas derivados de un embarazo con una medicación determinada que ha traído efectos secundarios, etc. A diario se están produciendo infinidad de casos de este tipo. ¿Por qué? Por falta de conocimiento de la medicina, no subsanado por una consulta informativa al técnico del medicamento que es el profesional de la farmacia.

Se habla hoy de educación médica, de centros de planificación familiar, etc., pero apenas nunca se cuenta con el farmacéutico en los programas. Sin embargo, él es el que puede decir con verdad si es bueno tomar aquella hormona o aquella píldora o cualquiera de aquella infinidad de medicinas que se están utilizando un poco alegremente o que se están recetando en cantidades que rebasan ya claramente los niveles adecuados. En ese sitio tiene que estar, evidentemente, el farmacéutico con una presencia cualificada. Y tiene que estar de esta forma en todos los niveles que se reconocen en la reforma. A nivel rural tiene que estar en perfecta convivencia con el médico, intercambiando opiniones, las propias de dos profesionales que se complementan y participando, asimismo, en el análisis clínico. El farmacéutico es, de hecho, un analista superextendido por todo el territorio nacional. En el medio rural hay innumerables farmacias con laboratorios perfectamente dotados no sólo para hacer análisis elementales de sangre u orina, sino también para hacer verdaderas especialidades en el análisis. Con paralelas funciones debe estar el farmacéutico a otros niveles: a nivel secundario o de centro de salud, a nivel hospitalario, etc., como ya lo está en buena medida.

El sistema de «igual» y el principio de la libre elección de médico

Personalmente no soy partidario en absoluto del sistema de «igual». Llevo ya muchos años defendiendo, por el contrario, la libre elección de médico y la figura del médico de familia, de quien ahora se habla como si se lo acabara de inventar, cuando lo cierto es que se enterró en su día el de cabecera. Libre elección y médico de familia son hoy dos cosas supernecesarias para la medicina. No se puede llegar a lo que ha llegado hoy la Seguridad Social que en realidad ha sido un poco frustradora del médico y del farmacéutico. La Seguridad Social ha planteado y tratado casi todo desde el aspecto económico, con un enfoque económico; se ha perdido así en esa economía y no piensa en sanitario; de ahí la frustración profesional del médico y del farmacéutico. Al médico se le ha dicho: Usted tiene ahí un número de cartillas, ¡a funcionar! Entonces queda única y exclusivamente a su conciencia el incentivo profesional. Un médico con ciencia profesional íntegra, vocacional, concluirá a pesar de todo: voy a seguir estudiando. Pero podría decir también: A mí me es igual; yo cobro 50.000 ó

100.000 pesetas en cualquier caso porque tengo tales cartillas asignadas. Luego si no queremos dejarlo todo a los resortes vocacionales, la libre elección de médico se debe incentivar de alguna forma, para que un médico en función del número de enfermos que reciba, cobre. Con la libre elección de médico hay, pues, que reactivar los estímulos profesionales.

En cuanto a la «iguala» pienso que no es sistema. El sistema es el de pago por acto médico, es decir, que se cobre en virtud del número de enfermos que se atiende, pero no por el sistema de «iguala», no por una especie de apéndice fiscal suelto para la medicina. Podrá ser un sueldo mínimo más un tanto por consulta efectiva según diferentes modalidades que, al margen de la «iguala», se podrían adoptar. Son los médicos quienes tendrían que decir, en diálogo con la Administración, cuáles consideran más idóneas. La «iguala», lo mismo que el número de cartillas de la Seguridad Social, no incentiva profesionalmente al médico. Hay muchos procedimientos: el del recorte de cupón por acto médico prestado, el de los talonarios que utilizan las sociedades de seguro médico, etc. Se tiene miedo, es verdad, a una serie de picarescas; pero no se puede programar sólo con el objetivo de cortar picarescas; se debe programar sobre todo en virtud de estimular a los honrados.

El medicamento en la economía de costes de la reforma sanitaria

Nosotros ya hemos dicho que, en general, la reforma hay que estudiarla desde el punto de vista económico con absoluta seriedad. Ahora bien; desde el punto de vista del medicamento la demagogia ha sido tal que todo el mundo se lo ha llegado ya hasta creer. El medicamento supone un coste, por supuesto, que en algunos casos está por encima de lo que debiera de ser porque ha habido una serie de abusos, etc. Pero el hecho de que el consumo de medicamentos esté desmesurado en un 2, un 8, un 28 por 100, no significa en absoluto que el gasto global en medicamentos sea lo grave que nos lo está presentando desde hace largos años la Seguridad Social. Hay un coste de medicamentos. Desde luego. El coste está un poco desfasado porque hay unos abusos. De acuerdo. Pero a pesar del costo y de los abusos también es verdad que del coste de los medicamentos se ha hecho una demagogia total porque todo el mundo cree entender del tema del medicamento y no entra en otros gastos que son verdaderamente cuantiosos y verdaderamente graves en los que no se ha querido profundizar. Hace unos años se decía, por ejemplo: ¡Es horroroso! El coste del medicamento supone el 50 por 100 del gasto de la asistencia sanitaria total.

Pero, ¿por qué? Porque no había hospitales, porque no había camas, porque no había atención al enfermo, porque no había médicos. ¿Qué se hacía? Todo a través del medicamento. Claro que era un gasto; pero era, al mismo tiempo, un ahorro en una serie de instituciones; un ahorro, se entiende, desde el punto de vista económico; desde el punto de vista sanitario era un desastre. ¿Qué ocurre en el momento actual cuando crecen esas instituciones? Que el gasto en medicamentos en el global de las estadísticas sanitarias no llega a representar un 27 por 100. ¿Ha disminuido

el gasto en medicamentos? No. Lo que sucede es que ha subido el resto de los gastos a su verdadero nivel. El gasto en medicamentos estuvo a nivel europeo desde el principio, cosa que no sucedía con buena parte del resto de las instituciones sanitarias. Ahora, que esto ya se ha alcanzado, se empieza a clamar y a preguntar por qué no se corta esa asistencia primaria, a más bajo nivel, en hospitales; ese es el origen del «centro de salud». Se han alarmado con fundamento porque cuesta 17.000 pesetas una cama o 15.000 ó 20.000, y unas simples anginas que asustan a un enfermo o a un médico o que entran por urgencias sucede que le resultan carísimas a la sociedad. Hay, pues, otros capítulos; el medicamento no es relativamente tan caro como dicen.

Para demostrar en este punto lo contrario de lo que pretende la Seguridad Social conviene tener en cuenta que a todo gasto debe corresponder una partida de ingreso o de beneficio. ¿Cuál es en este caso esa partida? El número de hospitalizaciones o de absentismos que se evitan por causa del medicamento. Solamente en catarros o en gripes que exigirían en otros tiempos quedarse en una cama supone miles de millones de pesetas ese ahorro para la sociedad. Pero parece como si todo esto no interesara decirlo. En el medicamento se ha buscado como un chivo expiatorio para cargar sobre él todas las responsabilidades y ocultar la cara de donde están los verdaderos gastos de todo tipo, de material, de personal, los que surgen de otras partidas, pero que por no entender tanto de ellas la sociedad apenas se someten a la crítica de la opinión pública. Eso es precisamente lo que hay que analizar muy profundamente; ver si esos gastos están bien generados y abandonar la persecución del medicamento como chivo expiatorio.

El pago por el enfermo asegurado de un porcentaje del precio del medicamento

Siempre he defendido, y lo defiendo ahora, que el beneficiario tendría que llegar a pagar una parte más importante que hasta ahora en el medicamento. Eso existe en todos los sitios y el gasto del medicamento así lo requiere. Para cortar abusos, todo lo que se quiera. Pero antes de eso se han debido cambiar otra serie de estructuras. Yo pienso sinceramente que si la asistencia ambulatoria no tiene un buen nivel, está supermasificada y, por tanto, no se puede hacer un auténtico diagnóstico, se está dando lugar, por este fallo de estructura, a que el beneficiario consuma más medicamentos de lo que debe consumir y, en definitiva, a hacerle pagar por una cosa que no es equivocación suya. Yo pienso que la estructura se ha debido abordar mucho más seriamente antes; desde hace mucho tiempo se ha debido introducir alguna cantidad a cargo del beneficiario para luego ir la subiendo algo; pero ahora quizás se estén desbordando demasiado en el planteamiento de esas subidas. No estoy en contra de que se pague el 40 o el 50 por 100, pero con tal de que se hayan realizado previamente esas otras reformas.

De no hacerlo sucede lo que está sucediendo, que la medicina ambulatoria está cambiando el diagnóstico-receta, que sería lo correcto, por

la repetición de exploraciones. Porque si vamos al ambulatorio y, no por receta-diagnóstico, causa fundamental de los gastos inútiles originados por culpa del médico, el enfermo se encuentra ante un médico y le cuenta como él puede y sabe contar unos síntomas, y en virtud de esos síntomas se receta precipitadamente porque no hay tiempo, porque está supermasificada la consulta, automáticamente ya empezamos a hacer lo contrario: en virtud de unos síntomas no suficientemente bien explicados se receta; luego el diagnóstico no se ha hecho; se ha cambiado el recetar por el diagnóstico, se ha anticipado la receta al diagnóstico. Posteriormente si el enfermo no va bien, viene una segunda y una tercera receta. Todo esto produce un mayor gasto y el beneficiario es el que paga el 20 o el 40 por 100 de esos posibles errores.

La colonización económica de los laboratorios por las compañías multinacionales

Para mí el sector de industria de oficinas de farmacia, de farmacias de la calle, está pasando una crisis gravísima. Y creo que se hace una demagogia fácil cuando se habla de las multinacionales. Lo cual no quiere decir que yo no esté de acuerdo con que hay un coloniaje de las multinacionales; pero hay un coloniaje de las multinacionales en todos los sectores, porque es el coloniaje del capitalismo o como se quiera definir. Yo no entro ahora en profundidades políticas o sociológicas, pero es una realidad viva que estamos colonizados en una serie de sectores y no sólo en el de la farmacia. Hay un coloniaje como consecuencia de una falta de medios. Para investigar un nuevo producto se necesitan muchos millones de pesetas. Esto lo pueden hacer las grandes compañías internacionales americanas, alemanas o suizas, porque son compañías de una fuerza económica impresionante. Frente al coloniaje es preciso de todas formas ir promocionando la industria nacional, dándole una serie de incentivos para que poco a poco vaya haciendo investigación. Hay que proteger la industria nacional, pero no se puede acabar de un plumazo, como da la impresión que se pretende a veces en declaraciones grandilocuentes de políticos, con la colonización económica de las multinacionales. Yo les preguntaría, si sale el último producto anticancerígeno en los Estados Unidos y nos atuviéramos sólo a los productos de nuestra propia industria, como sucede en los países del Este, sin permitir la entrada a las multinacionales, si entonces no estaríamos clamando porque aquel producto llegara. Hay un coloniaje en los laboratorios como lo hay en todas las grandes inversiones técnicas del mundo entero. Frente a ello no basta la demagogia; hay que cuidar la industria nacional, vigilar la entrada de productos extranjeros y no pagar por ello derechos excesivos, pero hay que mantener hoy por hoy alguna conexión con las multinacionales que son las que realmente están descubriendo los nuevos principios medicamentales. Vayamos, si no, a los sistemas del Este. Pero tengamos en cuenta que por cada principio que se descubre en el Este se descubren muchos más en Occidente. Las multinacionales son hoy necesarias, nos guste o no nos guste. Eso provoca un tipo de coloniaje. Ese cordón de coloniaje hay que procurar estirarlo lo más posible para arbitrar una serie de cosas que se pueden arbitrar. Se pueden vigilar las entradas, los precios, las no repeticiones de productos que ya hayan entrado de fuera. Conviene concentrar más la indus-

tria nacional para que haya un mayor poder económico, conviene estimular la investigación, etc.

Un título universitario tras el mostrador de la farmacia

Se ha ponderado mucho la figura superentrañable del farmacéutico tradicional del mortero, pero hay que comparar lo que manejaba ese farmacéutico, que eran unos veinte principios activos, muy activos, con los cientos que hoy se manejan en la oficina de farmacia. Y la persona que está detrás del mostrador tiene que tener un conocimiento de esos productos bastante profundo, no en plan de especialista, sino en plan de conocedor de una serie de materias que hacen que el farmacéutico de una oficina de farmacia sea, dentro de la farmacia como profesión, el equivalente al médico de familia en la medicina. Son personas que tienen que tener una visión global de todo el tema del medicamento, aunque no sean especialistas en farmacología o en otra serie de materias. Del mismo modo que el médico es un hombre que conoce de pulmón, de riñón, de corazón, aunque no sea especialista en ninguna de esas cuestiones. La sociedad va a necesitar hoy al farmacéutico de una oficina de farmacia mucho más que nunca, aunque hoy no se dé cuenta; y lo va a necesitar por lo que antes aludía de las interacciones entre medicinas, de los efectos secundarios, de las alergias, de las interacciones de las medicinas con los alimentos, de las consecuencias de la medicación en los resultados de los análisis clínicos, etc. Todo esto lo debe conocer una persona que está en convivencia con esa sociedad a través de un mostrador; ese es el farmacéutico de familia, que tiene que estar muy bien preparado. Si fuéramos conscientes exigiríamos una titulación como la que tienen, sabiendo que estamos muy necesitados de ese conocimiento. Es un vigilante; es la única persona que está en contacto directo con el médico, con el enfermo, con la distribución farmacéutica (almacenes), con el laboratorio, con la Seguridad Social. Está así en disposición de descubrir muchas realidades que han servido de base para corregir muchos defectos de la sanidad.

Función del farmacéutico en la Asistencia Primaria

En este nivel de asistencia, interpreta nuestro Consejo General que no tienen razón de existir dispositivos para efectuar análisis elementales de sangre y orina, puesto que el farmacéutico rural debe ser el encargado de este análisis, como ya se ha ofertado reiteradamente a la Seguridad Social por la Corporación Farmacéutica. Y no sólo este tipo de análisis, sino otros de alto nivel analítico, puesto que en la zona rural, en gran número de casos, los farmacéuticos poseen laboratorios perfectamente equipados para efectuarlos.

No se busca con esto un interés económico personal del farmacéutico, sino un ahorro de gastos para la Seguridad Social y un beneficio para el paciente, que le evite hacer desplazamientos. El tener servicios concertados —siempre que sea posible—, seguimos manteniendo que es más económico

y eficaz que los aumentos de plantillas e instalaciones, pues existe un ahorro en inversiones y en dotación.

La farmacia rural, en general—se pueden ampliar estos conceptos al distrito correspondiente en el medio urbano, en donde existe también multitud de analistas, médicos y farmacéuticos—está perfectamente equipada para ello, e insistimos, en que este concierto no se ha ofrecido desde un punto de vista económico, pues la mayoría de los beneficiarios, cuando saben que tienen que desplazarse, suelen hacerse los análisis a título privado y para el farmacéutico, esto es más rentable que el establecer un concierto.

Las misiones que puede realizar el farmacéutico en este nivel de asistencia primaria serán:

- Informar al médico sobre interacciones de medicamentos.
- Participar con el equipo sanitario en la promoción de la salud y en la educación sanitaria de la población.
- Informar de efectos adversos de los medicamentos que revistan gravedad o importancia a los centros subcomarcales del sector.
- Participar en el adiestramiento profesional de estudiantes de farmacia.
- Realizar análisis elementales de sangre y orina por el médico de familia.
- Informará en el campo de su competencia, sobre primeros auxilios, protección civil, toxicología, etc., dadas las características del medio en que tiene que realizar su función.
- Estará en conexión con el centro subcomarcal o comarcal, debiendo conocer perfectamente la función de los farmacéuticos en dichos centros.
- Se coordinarán las oficinas de farmacia del entorno, para establecer correspondientes turnos que permitan las sustituciones, ausencias por vacaciones, asistencia a cursos y congresos, bajas por enfermedad, turnos de urgencia, etc.
- Informar y colaborar en las campañas de estudio sobre la contaminación, tanto química como bacteriana, de las aguas del mar, en aquellas comarcas costeras, ya sea aisladamente con sus propios medios o en ayuda de los centros comarcales de salud o las delegaciones territoriales del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Función del farmacéutico en la asistencia sanitaria a nivel subcomarcal o de distrito.

Opina nuestro Consejero General que el farmacéutico debe tener igualdad de derechos que el médico para acceder a las plazas de análisis clínicos, microbiología, etc.

En este apartado, entendemos que puede estudiarse un tipo de concierto para análisis elementales de sangre y orina, con farmacias y laboratorios de análisis de la subcomarca o del distrito, dejando los más especializados para dentro del centro. Se ganaría en funcionalidad—puesto que dichos análisis, en la mayoría de los casos, no son de urgencia—y economía, en dotaciones y personal. Por otra parte, a ese tipo de enfermos, que necesita llevar un control periódico de sus constantes analíticas, por ejemplo el diabético o los que padecen procesos renales o hepáticos, etc., se les facilitarían mucho las cosas; como también evitarían las masificaciones del centro, con lo que éste podría dedicarse a análisis más completos, ganando en especialización.

— Estará en conexión funcional con el servicio farmacéutico del centro comarcal y con la delegación territorial correspondiente.

— Al no existir camas en este tipo de centros, se responsabilizará de la medicación de urgencia para aplicación dentro del centro.

— Informará sobre interacciones de medicamentos a los diferentes médicos y especialistas del centro.

— Asesorará sobre los medicamentos que aparecen en el mercado farmacéutico, señalando las que constituyen auténticas novedades.

— Llevará el archivo de ficha-medicamento de los pacientes, en cuanto a los medicamentos aplicados a los mismos, que hayan pasado por el centro.

— Informará y llevará estadística sobre efectos secundarios en los medicamentos aparecidos en los diversos tratamientos.

— Recabará informe de las oficinas de farmacia de la subcomarca, sobre aumentos en la demanda de determinados medicamentos, sin receta, por parte de la población (anfetaminas, anovulatorios, hormonas, etc.).

— Participará en las estadísticas sanitarias en lo relativo a medicamentos en general y, principalmente, en los que producen fármaco-dependencia, estudiando las variaciones en los consumos, desde todos los ángulos, dando interpretación científica de los resultados.

— Participará en los cursos de orientación familiar, así como en las funciones docentes propias de su profesión.

— Realizará análisis bromatológicos, encaminados a conocer el estado de la subcomarca, que permitirá un mejor estudio de la etiología de determinadas enfermedades por carencias alimenticias o especiales condiciones de las aguas.

*Función del farmacéutico en la Asistencia Sanitaria,
a nivel de centro médico sanitario*

Dicho centro deberá denominarse, a nuestro juicio «Centro Sanitario».

— Tendrá igualdad de derechos para acceder a las plazas de análisis clínicos, microbiología, etc., que el médico especialista. Seguimos insistiendo aquí, en la idea de que los análisis elementales de sangre y orina, se deberían concertar con las oficinas de farmacia y laboratorios particulares de análisis.

— Estará en conexión funcional con el servicio farmacéutico del hospital, del que depende el centro.

— Al existir camas en estos centros médicos, se ocupará de la distribución de los medicamentos a pacientes, y asesorará e informará sobre los mismos al médico. En ningún caso, este servicio de farmacia asumirá o duplicará las funciones desarrolladas o que puedan desarrollar las oficinas de farmacia privadas.

— Se responsabilizará de que los medicamentos bajo su custodia, sean aplicados en el centro, llevando un especial control de los medicamentos de especial vigilancia de una forma periódica y continua (estupefacientes, citostáticos, hormonas de crecimiento, etc.).

— Informará sobre interacciones de medicamentos a los diferentes médicos y especialistas del centro.

— Asesorará sobre los medicamentos que aparecen en el mercado farmacéutico, señalando los que constituyen auténticas novedades.

— Llevará el archivo de ficha-medicamentos de los pacientes, en cuanto a los medicamentos aplicados a los enfermos que hayan pasado por el centro.

— Informará y llevará estadística sobre efectos secundarios producidos por medicamentos en los pacientes tratados en el Centro.

Recabará informes de los farmacéuticos de los centros subcomarcales, sobre aumentos en la demanda sin receta de determinados medicamentos, por parte de la población (anfetaminas, anovulatorios, hormonas, etc.).

— Participará en las estadísticas sanitarias, en lo relativo a medicamentos en general y, principalmente en los que producen fármaco-dependencia, estudiando las variaciones en los consumos, desde todos los ángulos, dando interpretación científica de los resultados.

— Participará en los cursos de orientación familiar, así como en las funciones docentes propias de su profesión.

— Estudiará los resultados de los análisis bromatológicos y de aguas y bebidas de las subcomarcas, que permitirá un mejor estudio de la etiología de determinadas enfermedades por carencias alimenticias o especial condición de las aguas.

— Participará en las unidades médico sociales—cuya denominación deberá ser sanatorio-sociales—, para asesorar sobre los medicamentos recetados a estos enfermos que son atendidos por estas unidades.

— Estará en conexión con los servicios farmacéuticos de la delegación territorial, para todas las funciones que el farmacéutico pueda desarrollar: vigilancia y defensa del medio ambiente, campañas sanitarias, campañas de vacunación, epidemiología y estadísticas sanitarias, etc.

Función de farmacéutico en la asistencia hospitalaria

Los servicios farmacéuticos del hospital, han experimentado una notable expansión, dada la importancia de los mismos en el equipo hospitalario.

El medicamento es punto de convergencia de todo un complicado proceso que no acaba con su preparación o dispensación. Tanto el médico como el farmacéutico, desde sus campos respectivos, habrán de estudiar también, el alcance, y eficacia reales de su acción terapéutica, así como los efectos de todo tipo, que su administración aislada o unida a la de otros, pueda originar en el hospital.

De ahí que el farmacéutico deba ser el responsable de la preparación, conservación, dispensación, formas correctas de utilización y seguimiento de sus efectos, procurando la más eficaz y económica gestión en el uso de los productos y preparados.

Los servicios farmacéuticos hospitalarios deberán extenderse a toda la red hospitalaria nacional, con unas exigencias mínimas en su instalación y utillaje y con un equipo profesional, capaz de realizar la misión de adquirir, controlar, conservar, elaborar, distribuir y dispensar medicamentos y productos afines; efectuar tareas de información de medicamentos de farmacia clínica, de farmacovigilancia y otras, e integrados funcional, jurídica y económicamente en el equipo hospitalario.

Serán funciones de los servicios farmacéuticos de hospitales, prácticamente las mismas que se han señalado para las del centro médico, más todas las incluidas en la orden de 1 de febrero de 1977, por la que se regulan los servicios farmacéuticos de hospitales.

Programa de interacciones medicamentosas

En Consejo General de Farmacéuticos, desde el comienzo de la década de los 70, comenzó por elaborar un catálogo de especialidades que progresivamente ha ido mejorando. Su finalidad era la de facilitar al farmacéutico una información lo más completa posible, sobre el medicamento.

Siguiendo en esta línea se dispone desde principios de 1979 de un ordenador en el que se han introducido una serie de programas e informacio-

nes, que tienen como finalidad la creación de un poderoso Centro de Información y Documentación al servicio del farmacéutico. Al final de 1979 ya estaba terminado el programa de información sobre 3.000 medicamentos, ya sea por marcas o principios activos, sinonimias, etc.

Esta información coloca a España en uno de los primeros lugares del mundo sobre información de medicamentos y podrá ser facilitada por el farmacéutico al médico a corto plazo.

Este programa permite y permitirá conocer:

— Descripción de los principios activos de las respectivas especiales o medicamentos que se recetan a un enfermo.

— Si uno o más medicamentos son compatibles o incompatibles entre sí.

— Tiempo de interacción.—Aumento o disminución de la acción entre dos o más medicamentos, aumento o disminución de la toxicidad, desplazamiento de proteínas plasmáticas, etc.

— Medidas a tomar.—Controles que se deben llevar, supresión de alguno de los medicamentos, medidas dietéticas como supresión de algún tipo de alimentos o bebidas alcohólicas, recomendación de no conducir u otro tipo de actividad bajo los efectos de un determinado medicamento...

— Mecanismo de las interacciones.—Descripción científica del por qué de cada una de las interacciones.

— Datos clínicos.—Experiencia clínica en enfermos y sus resultados, que ratifican desde un punto de vista práctico todo lo descrito anteriormente.

— Bibliografía.

Naturalmente, toda esta información es susceptible de ampliación, y de hecho se está trabajando para más adelante incorporarla.

Por otra parte también se están manteniendo contactos con organismos europeos, principalmente del Mercado Común, para colaborar en programas de mejoramiento en todo lo concerniente a la informática.

Pues bien, todo lo anterior es de una vital importancia para la auténtica sanidad integral y creemos debería estar muy presente a la hora de concertar cualquier tipo de reforma sanitaria para nuestro país.

Hacia un nuevo modelo de servicio farmacéutico en España

Por Leopoldo ARRANZ ALVAREZ *

Se exponen a continuación las conclusiones de un reciente y amplio análisis que he elaborado sobre la prestación farmacéutica de la asistencia sanitaria en España durante el período 1967-1977 y las bases que del mismo se desprenden para un nuevo modelo de asistencia farmacéutica en nuestro país. El texto completo del estudio será distribuido en breve por la Secretaría General Técnica del Instituto Nacional de Previsión (1).

CONCLUSIONES

0. GENERAL

La realidad ha puesto de manifiesto el cumplimiento de las previsiones sobre la evolución de la prestación farmacéutica, la bondad de las medidas preconizadas y la corrección del análisis de la situación.

a) Se han cumplido las previsiones sobre la evolución de la prestación farmacéutica, porque:

- En la oferta, se ha reducido el número de presentaciones, se han aplicado las especificaciones técnicas en el proceso de objetivación de los precios y se ha iniciado la ordenación de las asociaciones.
- En el consumo, los efectos de la Informática han sido espectaculares con el descenso acelerado de los indicadores, pues se ha reducido a la mitad la velocidad de la expansión—por el conocimiento de sus condicionantes—, y se ha incrementado la participación de la Seguridad Social en el mercado general.
- En la producción, se ha reducido el número de laboratorios, incrementado la concentración y extendido sus actividades a la investigación y a las materias primas. A través de terceros se ha producido la llegada anunciada del grupo japonés.
- En la distribución, se ha acentuado el proceso asociativo anunciado y el progresivo declive de los almacenes.
- En la dispensación, ha aumentado el minifundio de su número con las consiguientes consecuencias en sus actitudes.
- En los médicos se ha iniciado la reacción anunciada, al tener conocimiento del

* Licenciado en Derecho. Jefe del Servicio de Ordenación Farmacéutica del Instituto Nacional de Previsión.

(1) Este trabajo se distribuirá con el título: «La Prestación Farmacéutica», Edic. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, Instituto Nacional de Previsión.

perfil económico de la prescripción (freno en el número de recetas por asegurado (2).

b) La bondad de las medidas aplicadas ha quedado acreditada, pues como se comprobará en los valores del sistema de indicadores, existe una correlación entre las medidas preconizadas (3), los objetivos alcanzados y los positivos efectos registrados.

Los objetivos concretos, en el orden interior, de reducir el número de presentaciones y la expansión del consumo, casi se han logrado, al reducir en 8.000 las 10.000 pretendidas, y al frenarse la expansión de la tendencia del consumo en el 1976 en 16.000 millones; en el orden exterior, se ha progresado hacia el pacto entre el Poder farmacéutico, asociado con la A.I.S.S., cuando en la XIX Asamblea General, de esta última organización, se consiguió la constitución de la ponencia «Medidas para reducir los gastos y corregir los abusos en la prestación farmacéutica y en el equipo médico hospitalario».

c) La evolución del coste ha demostrado la sensibilidad de la prestación farmacéutica a los condicionantes políticos, sociales, económicos y administrativos, además de los sanitarios, que se describía en el análisis de la situación.

- La sensibilidad a los condicionantes políticos se demostró elocuentemente con las tensiones generadas por la coincidencia de las negociaciones de los Conciertos, con el período electoral y los acuerdos de La Moncloa.
- Con los condicionantes sociales, por la correlación de la expansión del consumo en las provincias de mayor conflictividad laboral en los momentos en que ésta se hizo más aguda y la efectiva incidencia de las campañas de educación sanitaria.
- Con los condicionantes económicos, por los efectos que tuvo la asunción por la Seguridad Social del proceso de revisión, en el agotamiento de las fuentes de financiación de las desviaciones del consumo y en la subsistencia de los descuentos de la industria.
- Con los condicionantes administrativos, por el fuerte freno a la expansión, al aplicarle en algunos casos las medidas cautelares del visado previo a la dispensación y
- Con los condicionantes sanitarios, por la incidencia que tiene en el consumo la patología estacional.

De ahí la considerable importancia que tiene el ritmo en la aplicación de las medidas; ritmo que se aceleró con la unificación de competencias en el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, a nivel de Administración, y con la formalización de los pactos de La Moncloa, a nivel de política de Gobierno.

La adopción de esas medidas acreditan la existencia de una «política», que a su vez responde a una «doctrina» elaborada por la Administración Pública, que fue recogida en los estudios realizados para la Reforma Sanitaria, en el Libro Blanco de la Seguridad Social y en los Acuerdos de La Moncloa.

1. SOBRE LOS RESULTADOS DE LA GESTIÓN

Los resultados de la gestión se miden a través del sistema de indicadores que se refieren a la oferta, al consumo y a cuantos intervienen en ella. Esos resultados han

(2) Vid. «Una política farmacéutica para la Seguridad Social española», Revista Iberoamericana de Seguridad Social (RISS), núm. 4, julio-agosto de 1974.

(3) Vid. Informe al Consejo de Administración del I.N.P. de 22-7-1969 sobre la situación de la prestación farmacéutica en la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Acuerdos de la Comisión de Asistencia Sanitaria del Consejo de Administración de 17 de mayo y 25 de junio de 1975.

supuesto un cambio de los condicionantes de la prestación, y por lo tanto de la situación, lo que lleva a unas nuevas líneas de tendencia que conducen a una nueva formulación de objetivos y de medidas programados en el tiempo.

Entre los importantes conocimientos alcanzados, sobresale la identificación de los verdaderos consumidores, en los médicos prescriptores, y no, como se suponía, en la población protegida.

1.1. *En relación con la oferta*

En relación con la oferta, la acción coordinada de la Administración a partir de los Decretos del 73—con el endurecimiento de las especificaciones técnicas y las revisiones de precios—ha tenido unos efectos espectaculares:

a) Se han reducido las presentaciones existentes en el mercado en 15 millares (se ha pasado de 27.064 a fines del 73, a 12.227 al final del 77).

b) Se ha unificado la dosis y tipificado los tamaños.

c) Se ha progresado sustancialmente en la objetivación de los precios.

1.2. *En relación con el consumo*

1.2.1. *En relación con el consumo mundial:*

Los efectos de la política seguida, en relación con el mercado mundial, demuestran que, pese a las limitaciones existentes, el mercado farmacéutico español ha comenzado a ser dominado. Se ha reducido la participación en el consumo mundial del 4,3 al 2,65; España ha pasado del lugar 6 al 9 y su ritmo de crecimiento ha pasado del 21,9 al 8.

1.2.2. *En relación con las previsiones:*

Los modelos de consumo elaborados, aparte de acreditar la tecnología empleada (una desviación en el quinquenio 71/76 del sólo 2,13 por 100), han demostrado su calidad, al permitir evaluar la repercusión de las medidas adoptadas (período 74/76) y al lograr ajustar sus valores con la realidad (vgr. en 1977).

1.2.3. *En cifras absolutas:*

El consumo de la Seguridad Social en *cifras absolutas* y *en sí mismo*, es tan importante: 110.974 millones en el quinquenio 67/71; 322.722 millones en el 72/76; 675.592 millones se prevé para el 77/81, que determina la composición, estructura y expansión del mercado general, y es un componente fundamental de la economía del sistema de salud.

Este consumo en pesetas constantes alcanzó su máximo de expansión en 1973; también aquí se refleja, con extraordinaria elocuencia, el cambio de la tendencia: la estabilización del 73 al 76 y el *descenso* en 1977 de un 9 por 100. Tal cambio de tendencia ha podido ser soportado por la industria debido a la distancia existente entre costes y precios en 1967, y a la posibilidad que existió, en los años siguientes, de compensar las reducciones de tal distancia con las mejoras de precio en los nuevos registros.

— La Seguridad Social, al tener el monopolio del consumo, tiene por representación de los que pagan, la capacidad de poder y, por lo tanto, la responsabilidad del estado del mercado y de la incidencia que su coste tiene en la economía del sistema; por ello la desaceleración de la expansión del consumo tiene tantas consecuencias.

El consumo de la Seguridad Social en cifras absolutas presenta, en relación:

a) Con la renta nacional: un valor de 1,26 para 1976. El consumo total de medicamentos a coste de consumidor pasó del 2,11 en 1969 al 1,81 en 1976.

b) Con el mercado general: el consumo de la Seguridad Social supone el 80 por 100 en 1977.

c) Con el coste de la asistencia sanitaria, un 28,31 por 100 en 1977, mientras que en 1969 llegó a representar el 53,21 por 100.

d) Con los protagonistas, además de representar en 1977 el 80 por 100 de sus cifras de negocio y exigido una contribución de 11.943 millones—el 12,55 por 100 a coste de sus porcentajes del 48 por 100—. Los márgenes legales netos de los protagonistas en 1977 han sido 2.416 millones para los laboratorios, 8.077 para los mayoristas y 19.543 para las farmacias.

Las retribuciones formales del dispositivo asistencial, por sus servicios en el período 67/77, han sido de 148.526 millones (12.943 laboratorios, 40.495 distribuidores, 95.088 farmacias).

1.2.4. *En cifras relativas:*

La expansión del consumo de la Seguridad Social en cifras *relativas* ha experimentado una desaceleración en salud a partir de 1974, alcanzándose en 1977 los porcentajes más bajos de la historia de la prestación:

— En el precio por receta del 9,7 en 1973 al 5,4 en 1977.

— En el número de recetas asegurado/mes, del 11 en 1973 al 3,6 en 1977.

En el gasto por asegurado, del 22 en 1973 al 9 en 1977, y en pesetas constantes de 1967, la inversión de valores se produce en 1973, pues a partir de este año comienza a decrecer:

— El precio por receta de 114 en 1973 a 72 en 1977.

— El precio por envase de 97,98 en 1973 a 61,46 en 1977.

— El gasto por asegurado de 300 pesetas en 1973 a 208 en 1977.

La manifestación más espectacular de la desaceleración está en el hecho de que la duplicación del coste asegurado/mes, necesitaba solamente tres años en el período 67/70, mientras que en el 71/77 han hecho falta seis, como en el período 56/61, en el que no existía libertad de prescripción, y el consumo estaba frenado por el petitorio y visado previo a la dispensación de los antibióticos.

1.2.5. *Por su distribución geográfica:*

En la distribución geográfica del consumo:

— Se ha acentuado la concentración del 56,24 por 100 del consumo en 11 provincias; se ha ampliado la relación al 3,27 entre los costes interprovinciales, y se ha localizado, cuantificado y cualificado la desviación, con el relevo de la primera posición de Almería por Cádiz.

1.2.6. *Por grupos terapéuticos:*

En el consumo por grupos terapéuticos se ha confirmado también la previsión del mantenimiento: a) de la concentración, b) de la estabilidad de los antibióticos en el primer lugar, y c) de la movilidad a nivel de principio activo. La movilidad de principio activo manifiesta la importancia de la presión de los monopolios para canalizar

la expansión del consumo a las sustancias de mayor precio y para levantar las barreras del mercado, con las patentes y las marcas, suscitando la práctica de la dicotomía como ariete perforador de tales posiciones monopolísticas.

Se ha verificado la efectividad de las revisiones promovidas en 1975 y 1977 sobre singulares grupos terapéuticos y principios activos con precios desviados.

Los resultados de las acciones han confirmado la conveniencia de una rigurosa política de Registro, apoyada por la Junta Asesora de especialidades farmacéuticas, y unas flexibles revisiones de precio, para reducir el número de presentaciones, objetivar los precios, romper las posiciones monopolistas y cegar las fuentes de financiación de las prácticas ilegítimas en la promoción del consumo.

1.2.7. *Por especialidades:*

En el consumo por especializadas se ha confirmado:

- La concentración y estabilidad en el número de presentaciones y la dispersión y movilidad en las marcas.
- La aparición de signos de saneamiento, al reducirse las desviaciones de precios a pocos principios activos, a pocas presentaciones y a pocos laboratorios por las exigencias del registro en el período 73/77. Se puede afirmar que la expansión de la oferta está ya contenida, y que por lo tanto se ha taponado la vía de la renovación de especialidades para evadir el bloqueo de los precios.

La acción simultánea promoviendo la información institucional y ordenando la promoción ha tenido unos efectos espectaculares en los centros de poder de la publicidad farmacéutica, en la mejora científica y ética de los mensajes y en la reducción del número de publicaciones.

1.2.8. *Por niveles de precios:*

Se ha frenado el desplazamiento del consumo hacia las presentaciones de precios más elevados.

Con ello se ha demostrado la bondad de la política seguida: contingentación del Registro y revisiones de precios para ajustarlos a los costes, inversa a la que se venía manteniendo, de Registro liberal y bloqueo de precios. La contención de la expansión se manifiesta, pues, en toda una serie de indicadores: en el coste/receta; en el número de recetas/asegurado; en el coste asegurado; en la reducción de la movilidad a nivel de principio activo, y a nivel de precio.

1.2.9. *Por Instituciones Sanitarias:*

La concentración—en especialidades-laboratorios—, unida a una presentada ausencia de racionalidad, más la incidencia de las adquisiciones sin envase clínico y la presión de la visita médica, particularmente de los laboratorios multinacionales y extranjeros, la resistencia a las Guías de Farmacia-Terapéutica, y las dificultades para implantar el control informático en los suministros directos, explican una expansión por encima de las previsiones.

Este es el punto donde se ha avanzado menos: sólo han progresado la implantación de los Servicios Clínicos de Farmacia como unidades básicas para el conocimiento y dominio razonable de la realidad.

1.3. LOS PROTAGONISTAS

1.3.1. *En el dispositivo asistencial:*

La Seguridad Social se ha convertido en un determinante del comportamiento del dispositivo asistencial, porque no sólo representa el 80 por 100 de la cifra de nego-

cio, sino que desde que tiene una política—sobre la estructura y expansión del mercado, y sobre la calidad de los suministros y de los suministradores—, ha provocado la reestructuración de todo el dispositivo.

1.3.1.1. *En la producción. Los laboratorios:*

Se han confirmado las previsiones con la reducción acelerada del número de laboratorios con oferta de 491 a 386—de los que no llegan a 200 los que reúnen las condiciones mínimas—; con la localización cualificada de los desviados; con la estabilidad en la distribución concentrada del mercado; con el sostenimiento de la industria nacional viable, gracias a su progreso en la investigación y en la producción en materias primas. Ya se puede afirmar que es posible la existencia de un margen de decisión nacional, en el mercado de los medicamentos de importancia estratégica.

1.3.1.2. *En la distribución:*

Se ha confirmado la agudización de su crisis por la inadaptación estructural, tanto propia como ajena (la atomización de los laboratorios, sus suministradores, y de las oficinas de farmacia, sus clientes).

- Han progresado las relaciones entre los protagonistas del sector (almacenes, centros y cooperativas) en el campo de la información, haciendo posible la entidad de estudios Farmadata.
- Por el contrario, aún no se han impuesto legalmente en las relaciones de la Seguridad Social con el sector, aunque sí se ha mejorado en el conocimiento de su estructura.

1.3.1.3. *En la dispensación:*

Se ha confirmado la continuada expansión del número de farmacias de 13.462 en 1974 a 14.716 en 1977, lo que juntamente con la concentración de los suministros, en un mercado que acentúa su desaceleración, explican el incremento de las tensiones producidas. La expansión del mercado ya no cubre las insuficiencias estructurales; la dispensación ya está dejando de ser gratificadora, profesional y económicamente.

- Se ha perdido (indebidamente) su contribución: 45.000 millones para el quinquenio 77/81, el 55,82 por 100 en beneficio de 2.549 farmacias, que ha de ser absorbida por el Presupuesto Estatal o por contribución del asegurado.
- El mejor conocimiento de su estructura y de su ser y estar profesional permiten entender las resistencias a racionalizar el sector.

Se ha confirmado el progreso de los servicios clínicos de Farmacia Hospitalaria en número, equipo y doctrina. Se está potenciando su capacidad informativa—Cinime—y se ha puesto de manifiesto la necesidad de su presencia en las Instituciones de Asistencia Médica de especialidades.

- El Fondo del Descuento Complementario de los laboratorios a la Seguridad Social ha comenzado a financiar la aportación de los farmacéuticos hospitalarios de la Seguridad Social en la recuperación de la identidad profesional.

1.3.2. *Los consumidores:*

Se ha confirmado la efectividad del perfil médico sobre el dato informático, lo que ha permitido detectar el fenómeno de la concentración de los consumidores médicos y de quienes la manipulan.

- El 80 por 100 de la prescripción la hace el 47 por 100 de los prescriptores, y la mitad del consumo la ordenan 4.843 médicos, que prescriben mensualmente más de 2.000 recetas por un valor superior al medio millón; de ellos, 824 recetan por más de un millón de pesetas/mes. Por ello no es de extrañar que sobre 12.000 médicos se concentre la acción de otros 12 millares de visitantes y la inversión de 9.768 millones en promoción: pues esos 12.000 médicos deciden el 80 por 100 del consumo de 30 millones de españoles.
- Se ha de registrar con el cambio de la composición del gobierno colegial, un cambio de su actitud en el campo disciplinario y una concentración de la prescripción.
- Se ha iniciado, con cargo al Fondo del Descuento Complementario, una política de Investigación asociada a la clínica con 800 ayudas por 556 millones, y de actualización profesional médica, con 2.682 ayudas por 276 millones, que ha permitido localizar las vocaciones investigadoras que aseguren el progreso de la Medicina española.

1.3.3. *La población protegida:*

Aquí es donde se ha llegado a la conclusión: la población protegida no es la consumidora. El consumidor es el médico porque es el que manda. Ha crecido, no sólo en número, sino en los de más necesidades, por ser más vulnerables los pensionistas, que siendo el 22 por 100 del censo representan el 33 por 100 del consumo, como ocurre en la mayoría de los países.

- Se han confirmado las apreciaciones anteriores sobre su identificación de calidad con precio y la sensibilidad a la propaganda.
- El incremento del Colectivo pensionista, que tienen la prestación gratuitamente, ha hecho bajar el importe de la contribución del asegurado del 9,45 por 100 en 1974, al 8,46 por 100 en 1977 sobre el total consumo.

1.3.4. *La Administración Pública:*

No se han adoptado las decisiones preconizadas en orden a su estructura lineal y al equipamiento de la administración farmacéutica de la Seguridad Social. Por ello aún no se ha implantado la planificación en términos de objetivos escalonados en el tiempo, ni el control de la gestión. No obstante, se ha mejorado el conocimiento de la realidad, de la estructura del dispositivo, de la localización de la corrupción y de las insuficiencias del aparato gestor.

- La asunción de la doctrina reflejada en el informe sobre la prestación en 1974, por el órgano político, en la Reforma Sanitaria, en el Libro Blanco y en el Pacto de la Moncloa, ha puesto de manifiesto la dificultad de encontrar otras soluciones alternativas capaces de salvar el interés general.
- Ha sido considerable el progreso en la actuación, colegiada y coordinada, del órgano político con el órgano gestor, y se han hecho significativos avances en el campo informático farmacéutico, tanto en la línea del Banco de Datos como en el Modelo Integrado de Asistencia Sanitaria.
- Hoy, la Administración pública farmacéutica está en condiciones de asegurar el servicio del dispositivo asistencial farmacéutico a la satisfacción de las necesidades reales de la población, con respecto de los intereses legítimos y a un coste soportable, triple finalidad alcanzable dentro del nuevo modelo de Asistencia Farmacéutica que forma parte de un no menos nuevos sistema de cuidados de salud.

A la implantación de ese nuevo modelo está vinculada no sólo la suerte de

las estructuras económicas de la producción, distribución y dispensación de especialidades, sino la recuperación de la propia identidad del profesional farmacéutico como experto en medicamentos.

2. CONCLUSIÓN FINAL. EL NUEVO MODELO DE ASISTENCIA FARMACEÚTICA

Dada la efectividad alcanzada por las medidas preconizadas, parece necesario, habida cuenta la importancia de los intereses en presencia, proceder a la formalización de un nuevo modelo de asistencia farmacéutica.

Ese nuevo modelo, enraizado en la realidad, tendría las siguientes bases:

- El Servicio Farmacéutico es *necesario* en todo sistema de cuidados de salud.
- El Servicio Farmacéutico ha de ser *coherente*
 - con los valores del sistema de salud, y los de éste con los de la sociedad a la que sirve, de ahí el respeto al principio de libertad de elección de los servicios farmacéuticos entre los que racionalmente sirven a la comunidad
 - con el equipamiento disponible, basado en el ánimo de lucro, lo que exige la aceptación del dispositivo asistencial—Laboratorio-Almacenes-Farmacias—existentes.
- El Servicio Farmacéutico, en una sociedad industrial avanzada, debe hacer más libres a los farmacéuticos (al igual que a los médicos y a los enfermos).
- El Servicio Farmacéutico ha de estar integrado en los servicios sanitarios en paralelo con los servicios médicos
 - en la primera línea de la asistencia o nivel de *comunidad*, el farmacéutico ha de estar inserto en el equipo sanitario y la farmacia ha de estar integrada en el dispositivo asistencial,
 - a nivel institucional, como servicio clínico de los centros de especialidades y hospitales, y
 - tanto a nivel de unidad sanitaria local como regional.
- El Servicio Farmacéutico estará servido por un farmacéutico concebido como experto en medicamentos. Su ejercicio profesional, en libertad profesional, en libertad responsable, estará basado en la autoridad asentada sobre la posesión de un «saber» comunicable, y del «producto» medicamento.

Se trata de diseñar:

- Un nuevo servicio farmacéutico, en un nuevo modelo de asistencia farmacéutica ordenado por el Estado:
 - al promover un dispositivo asistencial racional,
 - al normar la oferta de medicamentos,
 - al fiscalizar la expansión del consumo,
 - al sancionar las desviaciones de cuantos intervienen en él.
- Un nuevo modo de ser y estar profesional farmacéutico en ese nuevo servicio, que le permita la libertad responsable de su ejercicio con una adecuada retribución.

Reforma sanitaria para el medio rural

Por la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER) *

1.º PREAMBULO

A. ESTADO ACTUAL

Que el país se encuentra en una situación límite en el aspecto sanitario, es una realidad que todos admiten.

A.1. Causas

El haber llegado a esta situación, aparte de la falta de una auténtica política sanitaria, de un exceso de improvisación y fragmentación y de una administración pésima se debe a dos hechos fundamentales:

1. El primero de ellos, al que se dio en llamar «socialización de la medicina», y que supuso una marcha atrás, más bien con fines político-demagógicos, que estrictamente sanitarios. Consistió en aplicar tal «socialización» sobre una masa de servicios y personas, totalmente incapaz de recibirla, racionalmente, y realizarla sin el estudio previo, de la repercusión que a largo plazo pudiera tener, al involucrar, no sólo la socialización de los recursos económicos, sino trascender a los recursos humanos de la prestación facultativa. Ello dio lugar a que algo, que hubiera podido ser un instrumento extraordinariamente útil—pues es evidente que los avances en los campos del diagnóstico y de la terapéutica, por el elevado costo de los mecanismos destinados a estos fines, obligan a que sea el Estado quien asuma la responsabilidad de la salud de sus ciudadanos, como única posibilidad, de garantizar la eficacia y la justicia social, de una medicina de calidad igual para todos—no haya cumplido sus objetivos.

Pues si bien es cierto que hace cincuenta años la masa de la población se hallaba totalmente desamparada en este aspecto, no lo es menos, que la superación de aquel punto cero, no ha guardado relación con los recursos financieros empeñados en la empresa, y con los sacrificios, que para el mundo del trabajo, casi exclusivamente, ha supuesto el Seguro Social de Enfermedad. Los resultados obtenidos, examinados comparativamente con magnitudes o valores de salud propios de países cuyas fuentes de riqueza son análogas, y con parámetros de bienes culturales y sociales equiparables a los nuestros, resultan decepcionantes.

2. El segundo hecho negativo consistió, en que este proceso de «socialización» de la medicina, no fue cabalmente comprendido, ni por la Administra-

* El doctor don Jerónimo Aizpiri, presidente de la sección de Médicos Titulares del Consejo General de Colegios Médicos de España, nos ofrece este informe de la SEMER como lo más valioso y representativo elaborado recientemente en España sobre la reforma de la sanidad rural. (N. de la R.)

ción encargada de gestionarlo, ni por la población a que iba dirigido, ni en parte por la profesión médica.

La Administración en vez de servir al bien público sanitario, se convirtió en una superestructura burocrática, prepotente sobre beneficiarios y facultativos, la población sin sentido social y sin educación sanitaria no ha usado, sino abusado de las prestaciones, y la profesión médica aceptó el sistema con desconfianza (justificada sólo en parte después) y sin el estudio pertinente, habida cuenta de las consecuencias que a largo plazo habría de acarrear para la filosofía, la política, la sociología y la praxis sanitaria.

3. Existen, pues, en principio, dos puntos a considerar: por un lado, la aplicación sobre la realidad sanitaria de una socialización repentina autoritaria e indiscriminada. Por otro lado, una triple incomprensión cabal por parte de la Administración, la población y de la profesión médica.

A pesar de que la cobertura sanitaria progresa cuantitativa y cualitativamente (la población protegido alcanza ya el 90 por 100; los centros sanitarios de la Seguridad Social son evidentemente los mejores del país, la posibilidad de ejercer una medicina de calidad y las retribuciones de los sanitarios son incomparablemente mejores) la insatisfacción es general: ni la Administración, ni la población, ni los médicos se sienten compensados. El sistema de socialización sanitaria utilizado, bien por defectos de fondo, bien por fallos en el procedimiento ha fracasado a pesar de que la socialización de medios o recursos (instrumentos de producción de salud) se reconoce casi unánimemente, como la única forma de garantizar el derecho a la salud. Otra cosa distinta es la socialización de los recursos humanos.

A.2. Consecuencias

El sistema y las estructuras actuales, han resultado, no sólo inoperantes, sino lesivas por:

1. Haber centrado la atención de los problemas sanitarios nacionales, en la medicina asistencial, olvidando la parte más importante cual es la obligada defensa de la salud.

2. Haber llegado a un tan bajo nivel de calidad, que posiblemente no se encuentre, salvo en los países subdesarrollados.

3. Mantener en una época técnica, una situación paternalista entre quienes están ejerciendo su profesión, y quienes reciben sus cuidados que, sin embargo, consideran al médico como un profesional a su servicio, sin otra ligazón.

4. No prestar atención a la educación sanitaria de la población y de los estamentos docentes, no estrictamente sanitarios, lo que ha agravado los problemas económicos y biológicos de la sanidad social, colocando en peligrosa situación conflictiva a la población y al estamento sanitario.

5. Omitir la obligatoriedad de una formación continuada del profesional que ha dado lugar a un desfase, entre los conocimientos actuales y la práctica, que se limita a una terapéutica, olvidando la terapia etiológica, con el consiguiente paso a la cronicidad, de una parte importante de la población.

6. Colocar al profesional que ejerce en el ambiente rural, en una situación totalmente diferente a cualquier tipo de profesión, al excluirle de la jornada laboral comunmente aceptada, atentando contra el principio de descanso, a que tiene derecho todo trabajador.

7. Dar paso el ejercicio actual en el ambiente rural, a una situación litigiosa de progresiva intensidad.

8. Existir una muy marcada desproporción entre lo que se exige, lo que se realiza y lo que se percibe, de forma que a una mayor inversión económica, corresponde una peor asistencia.

9. Producir un daño biológico a la población.

10. Ser una carga que grava económicamente a la Nación.

A.3. Necesidad de cambio

La necesidad de cambio, es una realidad que nadie discute. Es obvio que la reestructuración sanitaria, a estas alturas, debe realizarse a distintos ni-

veles, dado que existen en medicina factores totalmente diferentes en cuanto a su acción, aunque encaminados todos al mismo fin. De esta forma podemos hablar de tres grupos fundamentales:

1. El que está integrado por el ejercicio profesional en el medio rural con una misión asistencial y/o sanitaria, con peculiares características.

2. El formado por el quehacer médico, en centros hospitalarios, con función en equipo, alrededor de los cuales se encuentra un alto número de profesionales, alejados, sino desconectados completamente del medio rural y preocupados únicamente, paciente o impacientemente por oportunidades en centros urbanos.

3. Un grupo intermedio entre el hospital y el medio rural, sin posibilidades hasta ahora, pero inquieto por el futuro. Este nexo habría de cuidarse extraordinariamente, ya que será el que pueda hacer viable, la indispensable reforma sanitaria, en su primer peldaño y más acuciantemente necesario: el medio rural.

En el momento actual, la sanidad en el medio rural, debe ser totalmente estructurada ya que ante situaciones nuevas es necesario la puesta en marcha de métodos nuevos, sin apoyarse en los anteriores, que arrastrarían sus defectos a los futuros, haciendo que éstos perdieran su eficacia. La reestructuración de la medicina rural debe constituir la primera etapa de la reforma sanitaria.

En esta reforma más que referirse a una «reestructuración», es necesario hablar de una «nueva estructuración» sanitaria rural.

2.º ESTRUCTURA SANITARIA RURAL

A. PLANIFICACION

Para llevar a cabo un cambio profundo, es preciso iniciar la nueva estructuración de la medicina rural, teniendo en cuenta unas normas generales, que se relacionan a continuación:

A.1. Colaboración

Para que la planificación sea realista y eficaz, es necesaria la colaboración efectiva de todos los sectores interesados.

1. Los estamentos interesados son: la población, la Administración y los profesionales sanitarios y parasanitarios.

2. Sus representantes deben ostentar en todo momento una verdadera representatividad a partir de sus bases. Por parte del sector profesional sanitario médico, las dos entidades existentes: la Organización Médica Colegial con su Sección de Médicos Titulares y la de asociación voluntaria que corresponde a la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL (S. E. M. E. R.).

3. La colaboración entre los tres sectores representativos: Sociedad, Administración y profesión, debe ser obligada y previamente reglamentada.

4. Dicha colaboración debe ser coordinada entre y a todos los niveles que efectúen un trabajo de conjunción: nacional, regional, provincial, comarcal y subcomarcal.

5. Se llevará a cabo mediante «equipos de Salud» a todos esos niveles.

6. Es necesaria desde el primer momento, una adecuada mentalización de los tres eslabones de esa cadena, de colaboración mediante medidas apropiadas, de tal forma que el fenómeno sanitario, sea comprendido y aceptado por todos.

7. Se intervendrá en la planificación y organización de los servicios en la gestión y en la evaluación de los resultados.

A.2. Inventario de recursos

La primera medida a tomar, es conocer todos los recursos, y necesidades de cada provincia, con el fin de realizar el inventario de los mismos en toda la Nación.

1. Incluirá todos los recursos institucionales, materiales y de personal, tanto público como privados, existentes en cada área sanitaria para su posible «integración» en la nueva estructura sanitaria.

2. La obtención de datos se hará en el sector sanitario mediante una encuesta previa debidamente preparada entre todos los profesionales sanitarios de la provincia.

3. Las propuestas sobre los mismos se harán mediante la colaboración con la Comisión Provincial, que deberá decidir sobre las presentadas por todos los sectores interesados, para la confección del mapa sanitario.

4. Su finalidad primordial es descubrir, potenciar al máximo y aprovechar en lo posible, todo lo existente.

A.3. Principios básicos

La nueva estructuración debe tener muy en cuenta, unos principios básicos de carácter general, que son imprescindibles para un comienzo y desarrollo correctos.

1. Asegurar el derecho a la salud, en su más amplio sentido, según preconiza la O. M. S. a todos los ciudadanos, sin discriminación alguna y cualquiera que sea su situación.

2. Aplicar sobre toda la población una medicina integral y hacerlo de una forma correcta, desde el punto de vista científico, humano y social, cualquiera que sean las circunstancias que concurren.

3. Definir exactamente las funciones y señalar de forma concreta las misiones, que se han de realizar en el medio rural.

4. Unificar la dependencia administrativa (orgánica y funcional) en un Servicio Nacional de Salud, descentralizar y coordinar a todos los profesionales sanitarios y parasanitarios.

5. Disponer de los medios necesarios, tanto materiales como personales, con el correspondiente soporte económico.

6. Conocer en todo momento los factores que inciden en el binomio «salud-enfermedad» y la diversidad existente en el medio rural, basada en factores socio-económico-culturales, geográficos, climáticos y de diseminación de población y medios de comunicación.

7. Mantener un continuo control de calidad del ejercicio profesional.

8. Tener como objetivo fundamental, la consecución en todo momento y lugar de «la mejor asistencia», dentro de las posibilidades reales de la Nación.

A.4. Desarrollo

Para proceder a la ejecución de la nueva estructura de la medicina rural es preciso actuar siguiendo normas que se relacionan a continuación:

1. La planificación en todo momento y lugar, ha de hacer compatible los fines que se persiguen, con los medios con que en la práctica se cuenta.

2. La finalidad esencial será el garantizar la aplicación de una medicina integral y correcta a la población rural, igual a la aplicada en el medio urbano.

3. El instrumento fundamental para lograrlo será, la creación de circunscripciones sanitarias (comarcalización), con un adecuado escalonamiento de centros y funciones.

4. Las normas generales deberán ser aplicadas de forma flexible, para adaptarse a la variedad de áreas sanitarias, y a la posible actuación de los Entes Autonómicos.

5. El establecimiento de prioridades es fundamental: La medicina primaria sobre la medicina especializada, porque aquella es la que de forma habitual utiliza la población, es casi la única existente en el medio rural y sirve de regulación a la vez que disminuye la afluencia a los centros de especialidades; la medicina primaria rural sobre la urbana, porque la primera carece de medios materiales e incluso de personal especialmente auxiliar.

La medicina de urgencia sobre la medicina ordinaria porque sin aquella no es posible mejorar muchos aspectos de ésta.

6. El comienzo debe ser inmediato, empezando por la implantación del Servicio de Urgencia en el medio rural de toda la Nación; y el desarrollo debe

ser ininterrumpido, mediante señalamiento de tapas y la atención preferente a las comarcas más necesitadas, de forma que en el plazo de pocos años, se llegue a la total coronación del plan. De no solucionarse el problema y asumirse decididamente en el plazo de dos o tres años, podría originarse, en término breve de tiempo, una peligrosa situación de quiebra sanitaria.

A.5. Dotación económica

Para la realización efectiva de cualquier plan de estructura sanitaria es necesario:

1. Que se realice previamente un estudio económico computado.
2. Que la dotación necesaria de medios materiales y humanos, ha de estar asegurada en todo momento por la aportación de los recursos económicos correspondientes.
3. Que el origen de dicha aportación, debe ser preferentemente estatal aunque se acepte en determinadas ocasiones la colaboración de corporaciones locales y entidades privadas.
4. Que en cualquier caso, ningún programa es aceptable sin que la Administración, previamente, destine unos fondos adecuados. Sólo cuando las cantidades estén presupuestadas en firme se podrá planificar sobre reformas de la medicina primaria rural.

A.6. Legislación

Las normas de aplicación para la estructuración sanitaria rural, deberán reunir estas dos condiciones:

1. Ser publicadas en el Boletín Oficial del Estado careciendo de valor las circulares internas que modifican o contradicen aquéllas.
2. Respetar la situación administrativa, funcional y económica del personal facultativo.

B. DIVISION TERRITORIAL

Desde el punto de vista sanitario debe entenderse por medio rural aquellas localidades, zonas, subcomarcas o comarcas, en las cuales el ejercicio de la medicina tenga las características siguientes:

- a) Núcleos de población diseminada, con número de habitantes que no llegue a 1.500 o superiores (incluso hasta ciertos límites urbanos), siempre que la vida y la economía sean fundamentalmente agropecuarios.
- b) Areas de 5.000 a 15.000 habitantes, correspondientes a poblaciones sin centros intermedios u hospitalarios, que obligan al médico, en actuaciones singulares, a poner en marcha unos métodos y unas técnicas necesarias para resolver problemas muy varios a los que habrá que buscar solución con iniciativa y responsabilidad personal.

Sin embargo, resulta difícil definir lo que es realmente el medio rural y aún más señalar sus límites exactos, ya que ambos aspectos están condicionados a una serie de factores variables en el tiempo y por la progresiva urbanización de una parte del medio rural actual.

B.1. Areas sanitarias

La comarcalización del medio rural, es indispensable, y para ello, deben establecerse tres niveles o escalones, debidamente relacionados y coordinados entre sí.

1. Unidades locales de asistencia: abarca hasta 5.000 habitantes.
2. Subcomarcas: abarcaría hasta 25.000 ó 30.000 habitantes.
3. Comarcas: abarcaría hasta 100.000 habitantes.

B.2. Diversidad

Es necesario adaptar las características sanitarias, sobre unas bases comunes, a las distintas regiones.

Es importante considerar, junto a los demás factores que las diferencian entre sí, la idiosincrasia de cada una de ellas, incluyendo en este aspecto, no sólo las características psicológicas de sus habitantes, sino el influjo que sobre ellos ejerce su trabajo.

Especial importancia tiene el fijar con precisión qué posibles áreas sanitarias tienen una población fija o sufrir alteraciones presumibles, bien por aumento debido al retorno de la ciudad al campo, o bien por el éxodo debido a una emigración continuada o estacional.

B.3. Partidos médicos

Es indudable que la creación de las diversas áreas sanitarias, supone una nueva organización de los servicios que puede ser incompatible con la persistencia de la actual existencia de los partidos médicos debidamente clasificados, de acuerdo con su número de habitantes y otras características.

El cambio que esto supone, tanto para la población, como para el médico, exige encontrar una solución viable para todas las partes.

Son posibles varias medidas al respecto:

1. Mantenimiento de las actuales clasificaciones de partidos hasta el momento en que sea oficialmente aprobado el proyecto de mapa sanitario en todo el territorio nacional.

2. Restricción, reduciéndolo a casos de excepción, de los cambios de clasificación, hasta la fecha de creación oficial de una comarca o subcomarca determinada.

3. Una vez creada la subcomarca, en la que se encuentre incluido el partido médico, determinar el número de plazas y el número de profesionales sanitarios necesarios para su funcionamiento óptimo. Una vez alcanzadas esas cifras se les declara «zonas saturadas» (con lo que se evita que se produzca una excesiva competencia que va en detrimento del prestigio profesional y de la propia asistencia), en las cuales no podrán ejercer otros profesionales.

C. CENTROS

C.1. Clases

Un Centro de acuerdo con sus necesidades.

1. Corresponderá a la unidad local un centro local, a la subcomarca un centro subcomarcal y a la comarca un centro comarcal, con hospital anejo que será proyectado con criterios realistas de rentabilidad y eficacia, en cuanto al número de camas aconsejable.

2. El centro subcomarcal, es el más importante elemento básico, en la nueva estructuración sanitaria rural.

3. Su ubicación debe ser cuidadosamente elegida, teniendo en cuenta las circunstancias actuales y previsibles futuras y su interrelación y coordinación debidamente regulada.

C.2. Funciones

1. Las funciones de cada centro, en sus diferentes niveles, deben ser específicas.

2. Prestarán servicios que correspondan a una medicina primaria integral.

3. Funcionarán todos como centros integrales de salud, estando encargados, de la dirección, planificación, desarrollo, control de calidad y evaluación de resultados de sus funciones de estadística, educación sanitaria, docencia, control medio ambiente, prevención, asistencia y rehabilitación.

C.3. Equipamiento

1. Contarán con los servicios y medios necesarios para el ejercicio correcto de las funciones asignadas.

2. En el centro subcomarcal quedan integrados todos los profesionales sanitarios y parasitarios, para una actuación conjunta en equipo, tanto en el aspecto preventivo, como en el asistencial. Debe quedar claramente establecido, que los profesionales que ejercen la medicina primaria en el área subcomarcal harán una medicina integral actuando en tal sentido en sus respectivas demarcaciones y colaborando en el centro subcomarcal, independientemente a que a este nivel y al comarcal, existan equipos específicos dedicados a la labor preventiva y a la asistencial especializada.

3. Debe concederse más importancia a la realización práctica de las funciones que a la construcción de edificios sobresalientes, pudiendo, como medida urgente, poner en marcha un determinado número de centros de salud, mediante el aprovechamiento de los ya existentes sean públicos o privados.

D. PERSONAL

D.1. Clases

1. Director de centros: con dedicación exclusiva y misión de dirigir, coordinar y vigilar, la ejecución de una medicina integral en su demarcación y de las relaciones con los equipos de salud.

2. Especialistas en medicina preventiva y asistencial: haciendo labor de equipo en colaboración con los médicos exclusiva a una de las dos funciones.

A estos equipos a nivel de comarca y de algunas subcomarcas, se adscribirán otros profesionales parasitarios.

3. Médicos de asistencia primaria: con ejercicio de la doble función preventiva y asistencial, en su respectiva demarcación, y con labor de colaboración en el centro subcomarcal en el que están adscritos el Cuerpo de Médicos Titulares, prototipo de dicho ejercicio profesional, debe ser potenciado y adaptado a la nueva estructuración respetando todos sus derechos y funciones.

4. Personal auxiliar: auxiliares técnico-sanitario A. T. S., auxiliares de clínica rural, asistentes sociales y visitadoras sanitarias. Con una función bien definida, muy importante, de ayuda al personal médico, en trabajos secundarios y burocráticos relativos al doble aspecto funcional señalado.

5. Personal sustituto: formaría un grupo dedicado en cada provincia a sustituir a los compañeros en determinadas circunstancias: enfermedad, ausencias, vacaciones, carencia del servicio de urgencia.

D.2. Especialización

La práctica de la medicina primaria exige una formación especializada:

1. Durante la licenciatura:

a) Promoción del conocimiento de la medicina primaria rural por los estudiantes.

b) Enseñanza adecuada a las características del medio en que se ha de ejercer.

c) Cursos especiales sobre medicina rural, durante los dos últimos cursos.

d) Prácticas en el medio rural, becadas y en régimen de tutoría.

2. Al terminarla:

a) Especialización mediante rotación, por espacio de dos años, en medio hospitalario y rural.

b) Título de especialista en medicina primaria. Concesión directa o mediante curso de adaptación a todo médico rural, especialmente al médico titular con tiempo suficiente de ejercicio (por lo menos tres años).

c) Cualquier innovación con respecto a la especialización del médico deberá respetar los derechos adquiridos bajo la legislación vigente.

D.3. Formación continuada

La consecución de una medicina primaria de calidad exige una actualización continua de sus conocimientos por el profesional sanitario rural.

1. Su necesidad viene impuesta por la evolución rápida de los conceptos y de la técnica, con sus continuas aportaciones, en cuanto al diagnóstico y la terapéutica.

2. Debe abarcar todos los aspectos teóricos y prácticos más importantes, debidamente seleccionados, que se refieren a su misión en el escalón de la medicina primaria.

3. Se llevará a cabo mediante diversos medios, dando preferencia a los más efectivos.

a) Cursos rotatorios en centros preparados al efecto, realizados periódicamente, con asistencia obligada de todos los médicos rurales estando a cargo de la Administración los gastos devengados por los sustitutos.

b) Cursos sobre aspectos concretos en centros próximos, sean urbanos o rurales.

c) Cursos por correspondencia, mediante la Universidad a Distancia.

d) Revista o revistas, especialmente dedicadas a la medicina rural y en concreto a sus profesionales. Todo ello con el fin de fomentar la «puesta al día» del médico rural, sin tener en estos tres últimos puntos que abandonar su residencia y su trabajo diario.

e) Intercambio entre Sociedades médicas especializadas.

4. Ser necesaria una colaboración y coordinación efectiva, entre el Ministerio de Sanidad y el de Educación y Ciencia, así como con la Organización Médica Colegial, sin olvidar la existencia de la Sociedad Española de Medicina Rural «SEMER», que tanto en colaboración consultiva como efectiva, mediante su participación activa, puede potenciar el caudal de conocimientos científicos de los médicos rurales, así como el fomentar y conseguir la formación y capacitación de profesionales auxiliares sanitarios.

D.4. Promoción

El médico rural debe tener la posibilidad de promocionarse, en igualdad de oportunidades, incluso con ciertas preferencias, hacia puestos para los que muestre un especial interés y capacitación.

1. Acceso a cargos de médico de medicina primaria en el medio urbano y de medicina preventiva en el medio rural y en el urbano.

2. Acceso a determinadas especialidades o titulaciones que puedan adscribirse a los centros subcomarcales.

E. FUNCIONES

Las funciones que deben realizar los centros de salud en el medio rural son las correspondientes al ejercicio de una medicina primaria integral que abarque todos los aspectos: preventivos, asistenciales y rehabilitadores, en una actuación conjunta sobre la persona, en su triple vertiente psíquica, somática y de relación (familia, profesional y social) y en sus diferentes estadios evolutivos, desde la gestación hasta su muerte.

E.1. Educación sanitaria

1. La importancia de la educación sanitaria de la población se evidencia al comprobar la repercusión que la actual situación de la medicina primaria tiene en el aspecto biológico sobre el individuo y en el económico social sobre la Nación entera, pudiendo llevar a la quiebra del actual sistema sanitario.

2. Su finalidad esencial, es de que los diversos aspectos sanitarios sean comprendidos y aceptados por la población que esta colabore con la Administración y con el personal sanitario, en la continua mejora de la medicina primaria.

3. Entre los conceptos más importantes, que deben ser asimilados por la población y aplicados por la Administración, figuran los siguientes:

a) La reforma sanitaria pretende lograr una auténtica medicina social, con la colaboración y en beneficio de toda la población.

b) Destaca como fundamental, el máximo de salud, en su más amplio significado; conseguir el grado más alto de salud para todos.

c) Concede una relevante importancia a los aspectos preventivos.

d) Pretende que se haga un uso racional de los servicios asistenciales, evitando la congestión de los mismos y el abuso en la medicación sintomática, que conduce a la cronicidad de las dolencias y a la yatrogenia.

4. Se realizará fundamentalmente sobre el niño, orientando al maestro y la familia, y sobre determinados grupos de adultos (embarazadas, servicio militar, centros de trabajo..., etc.). Se debe buscar solución para quienes dejaron la enseñanza básica sin recibir esta formación sanitaria, dejando únicamente como irrecuperables en este aspecto a quienes por su avanzada edad es difícil proporcionársela y que sea comprendida.

E.2. Prevención

1. Actualización y control de estadísticas demográficas y de salud.
2. Promoción de la salud en todos sus aspectos.
3. Saneamiento y control del medio ambiente:
 - Especialmente del abastecimiento de aguas.
 - Evacuación y tratamiento de aguas residuales y basuras.
 - Contaminación industrial.
4. Luchas sanitarias. Vacunaciones e inmunizaciones.
5. Higiene maternal e infantil.
6. Higiene escolar.
7. Reconocimiento periódico y detección de enfermedades sociales.
8. Planificación familiar.
9. Medicina preventiva a nivel de todas las especialidades.

E.3. Asistencia

1. Diagnóstico y tratamiento de enfermos leves y crónicos.
2. Diagnóstico de casos graves y envío a centros superiores.
3. Asistencia domiciliaria a enfermos acamados.
4. Asistencia de primeros auxilios a accidentados o con procesos urgentes.
5. Control terapéutico de enfermos crónicos.

E.4. Rehabilitación

1. Colaboración en la reeducación y readaptación, con la ayuda de personal auxiliar.
2. Reinserción en su medio ambiente.

3.° URGENCIAS

Estado actual

El servicio de urgencia organizado en el medio rural es prácticamente inexistente. Solamente existen algunas localidades próximas a un pequeño número de capitales de provincia con la cobertura del Servicio Especial de Urgencia; no todas las localidades con más de cinco mil asegurados de la Seguridad Social tienen un servicio normal de urgencia y existe la posibilidad de establecer un servicio para días festivos por comarcas.

Sigue sin resolverse la adecuada dotación de medios para un servicio de urgencia que cubra todo el medio rural sin excepciones y el grave problema profesional que supone la esclavitud del médico rural en permanente expectativa de servicio y la justa y equitativa retribución por tal horario indefinido.

Necesidad de mejora

La necesidad apremiante de crear unos servicios de urgencia asistencial en el medio rural viene impuesta por:

1. El derecho de todo ciudadano a que le sea prestada una atención sanitaria correcta en caso de necesidad urgente, independientemente de su situación, social y laboral, y del lugar, rural o urbano, en que viva o necesite la asistencia.

2. La imposibilidad práctica de que dicha asistencia pueda ser correctamente prestada por un médico en servicio ininterrumpido y desprovisto de los medios materiales de carácter técnico indispensables.

3. El derecho fundamental que todo médico posee, como ciudadano y facultativo, al elemental descanso diario y semanal, a fin de satisfacer su realización personal y familiar, y estar en condiciones de prestar a la sociedad una asistencia de calidad.

A. PLANIFICACION

La organización e implantación de los servicios de urgencia en el medio rural deben basarse en criterios conceptuales y legislativos:

1. Conceptuales:

a) El organismo que asuma la responsabilidad de los servicios de urgencia debe tener naturaleza de Servicio Nacional de Salud, de modo que pueda abarcar a toda la población, integrar a todo el personal sanitario y crear las condiciones necesarias para lograr una igualdad de calidad asistencial, sin distinciones entre el medio urbano y el rural.

b) En dicho servicio deberán tener cauces de participación y de colaboración no sólo representantes del estamento sanitario rural, sino también de la población.

c) La organización debe hacerse por áreas o zonas, al margen de partidos sanitarios o demarcaciones de la Seguridad Social y adaptándose a un esquema flexible, que respondan a las características variables de las comarcas, teniendo en cuenta la población total (no sólo los asegurados), la conformación geográfica, las vías de comunicación, las distancias medidas en tiempo (no en kilómetros) y las condiciones climáticas.

d) En cuanto a infraestructura debe ser aprovechado todo lo actualmente existente, tanto en medios materiales como en disponibilidades técnicas y personales.

e) La asistencia debe quedar centralizada en una localidad de la zona que permita la máxima facilidad en los desplazamientos.

f) No deben primar las consideraciones económicas sobre las funcionales, puesto que apremia la organización de forma inmediata, aunque es admisible su establecimiento gradual y progresivo.

2. Legislativos:

a) La ley no puede constituir un obstáculo ante lo justo y necesario, sino ser motor para su consecución. Forma parte de la naturaleza misma de la Ley su mutabilidad para adecuar el derecho positivo a los imperativos sociales. No cabe invocar el argumento de la normativa vigente, pues las normas se derogan por otras posteriores. Por tanto, cualquier norma que afecte a los médicos rurales en su doble faceta de médicos titulares y/o médico de la Seguridad Social, si supusiera obstáculo, deberían ser derogadas de inmediato.

b) Mientras se llega en proceso gradual a la cobertura de toda el área rural por los servicios de urgencia, las primeras disposiciones deben acometer la solución material y económica de la situación actual, en que el médico se ve obligado a desarrollar una permanencia en el servicio inhumana. La naturaleza de servicio ininterrumpido de las urgencias en el medio rural puede conectarse con la devolución al médico de una jornada con arreglo a los derechos humanos reconocidos y a una retribución justa, mediante la instalación, en los casos necesarios, de unos turnos debidamente remunerados, a cuyo fin puede servir de orientación la normativa sobre la implantación eventual de servicios de urgencia de días festivos.

B. MODALIDADES DE SERVICIOS

Las características diversas del medio rural imponen desde el primer mo-

mento la aceptación de cuatro tipos de servicios de urgencia, en una graduación de medios y recursos disponibles:

1. Servicio Especial de Urgencia (S. E. U.): el actual en los grandes núcleos urbanos, que puede extenderse en muchos casos a las áreas rurales de los alrededores, directamente por su proximidad y facilidades de acceso, o mediante el establecimiento de centros periféricos conectados.

2. Servicio normal u ordinario de urgencias (S. O. U.): el actual de localidades medianas, que debe ampliarse a los pueblos próximos.

3. Servicio Comarcal de Urgencia (S. C. U.): a crear en las zonas alejadas de núcleos urbanos importantes, siendo el más específico y necesario en una gran parte del medio rural.

4. Servicio Individual de Urgencia (S. I. U.): reservado únicamente para aquellos casos de médico único que por su situación no puede integrarse en los tres tipos anteriores.

A costa del Servicio Nacional de Salud pueden concertarse servicios colaboradores de urgencia con otras instituciones públicas o privadas.

C. CENTROS

1. Situación: Cada centro, abarcando un área determinada, debe ser instalado en conexión con los centros de salud en sus diferentes categorías, con el fin de utilizar servicios comunes y hacerlos más funcionales y económicos. Generalmente estarán ubicados en dichos centros o en su proximidad, aunque en algunos casos el servicio que se establezca abarque a una parte de la subcomarca y haga preciso el establecimiento de centros separados del subcomarcal. Teniendo en cuenta que la infraestructura sanitaria en el medio rural en la práctica no existe, que lógicamente habrá de tardar en completarse y que apremia el establecimiento inmediato del servicio de urgencia, puede iniciarse la cristalización de la futura zona asistencial con la construcción de «minicentros de urgencias».

La adaptación de centros, consultorios o locales ya existentes, sean públicos o privados puede permitir su utilización como centros de urgencia en tanto no se vayan estableciendo los centros de salud y los centros de urgencia correspondientes; cuando se prevea que su asentamiento en una determinada localidad no sea definitivo y la experiencia pueda aconsejar su traslado; y en los casos en que el servicio de urgencia no se pueda hacer coincidir con el ámbito del centro de salud.

2. Equipamiento: La cuantía y complejidad de los medios necesarios para los distintos tipos de servicios de urgencia variará mucho en relación con niveles de los mismos, con la única exigencia de que puedan prestar en todo momento una asistencia adecuada, teniendo en cuenta la posibilidad de evacuación y el apoyo logístico de la red de urgencias.

Para un centro subcomarcal se considera necesario como mínimo:

a) En cuanto a locales: sala de espera, consulta, sala de urgencias, sala con camas para observación y tratamiento y habitación para el personal.

b) En cuanto a utillaje: unidad de comunicación (teléfono automático o radioteléfono), electorcardiografía a distancia, aparato de rayos «X» portátil, pequeño laboratorio para análisis elementales de orina y de sangre y material de reanimación.

c) En cuanto a medio de desplazamiento: vehículo para el desplazamiento del personal sanitario, cuya utilización puede concertarse con un servicio de taxi o con el propio personal facultativo en tanto no se alcance en los centros de cierta importancia la adscripción de un vehículo propio de servicio de urgencia; y vehículo para el traslado de enfermos o accidentados, que será habitualmente propio o concertada, o un helicóptero en situaciones de emergencia o en ciertas regiones.

D. PERSONAL

1. Independientemente de los facultativos especializados en medicina de urgencia y del personal diplomado y auxiliar de clínica adscritos a los servicios

especiales y ordinarios de urgencia, es preciso tener en cuenta y utilizar a partir del escalón comarcal a los médicos rurales.

2. El servicio estará cubierto en cualquier caso por profesionales debidamente preparados para la función que han de ejercer.

3. El ideal sería contar en cada zona con el número suficiente de médicos rurales para poder espaciar los turnos diarios y poder disponer siempre de dos, de tal forma que uno permanezca continuamente en el centro y el otro salga al exterior. Sin embargo, dado el pequeño número de médicos y la escasez de personal auxiliar en muchas subcomarcas, el servicio se podrá prestar por un médico y un practicante, o por un médico solamente.

4. Cuando un médico no pueda quedar integrado en un servicio de urgencia de forma permanente, se intentará que al menos quede integrado en el servicio de urgencia más próximo sólo durante los días festivos, y si ello no fuera posible, debe concedérsele un descanso mensual de cinco días. Durante el mismo sería sustituido por los médicos pertenecientes a una pequeña plantilla volante provincial, cuya función sería la de efectuar el trabajo habitual de médicos rurales a los que se hubiese concedido la licencia por diversos motivos.

5. El servicio de urgencia funcionará con el mismo régimen de horario reconocido para el medio urbano.

6. El servicio será retribuido en forma análoga a la establecida en el medio urbano.

4.º REGIMEN DE TRABAJO

Debe ser regulado en analogía con el de cualquier otra profesión contando con la naturaleza especial de los servicios.

A. REGIMEN HORARIO

A.1. Jornada laboral, normal

1. La residencia no debe ser obligada en la localidad donde se encuentra cada puesto de trabajo, aunque sí lo será la presencia física en el mismo durante el horario laboral.

2. El trabajo se repartirá entre la cabecera del partido actual, o el lugar donde se ubique el puesto de trabajo, y el centro subcomarcal, cumpliendo las funciones encomendadas de forma individual en su respectiva demarcación territorial y en equipo en el centro a que esté adscrito. En determinados casos, debidamente reglamentados, la asistencia ambulatoria podrá prestarse en los anejos.

3. La duración de la jornada laboral será la misma establecida de forma general, para todos los médicos de asistencia primaria tanto del medio urbano como del rural.

4. Las funciones a realizar serán las consignadas como asistencias primaria integral, conservando el personal médico la doble función sanitaria y asistencia y actuando no sólo en forma individual sino en equipo.

Su actuación básica será de regulación asistencial, para atender «in situ» al enfermo de la forma más completa posible y en determinados casos dirigirle a los centros adecuados.

5. Se prestará asistencia a un determinado número de personas, eliminando el sistema actual de cartillas familiares. El módulo ordinario, que servirá también para la determinación de puestos de trabajo en la medicina primaria, será de 1.500 a 2.000 personas.

6. El horario de consulta se adaptará en su duración, mediante la ayuda del personal auxiliar y con el mínimo de burocratización, al necesario para asegurar una asistencia correcta desde el punto de vista científico y humano.

7. En cualquier caso, la ejecución de estas funciones preventivas y asistenciales deberá adaptarse a las características variables de los puestos de trabajo del medio rural, asegurando siempre su ejercicio correcto.

8. La posible liberación de la asistencia, con libre elección de facultativos y enfermo, debe ser previamente regulada e incluida dentro de los límites de la subcomarca.

A.2. Jornada laboral extraordinaria

1. Fuera de la jornada laboral normal no deben realizarse más que dos clases de trabajos:

- La asistencia de pequeña especialidad por parte del médico de asistencia primaria.
- La asistencia dentro del servicio de urgencia prestada por sistema rotatorio.

Y en ambos casos con la adecuada compensación económica.

2. Debe ser inmediatamente actualizada en este sentido toda la legislación sanitaria que obstaculice el respeto de la jornada médico-laboral, fijada actualmente, de modo indirecto, por la actuación del servicio de urgencia, de todos los sanitarios, funcionarios o no, salvo en los casos de tipo catastrófico o de situaciones excepcionales.

B. RETRIBUCIONES

La retribución de cualquier puesto de trabajo será justa, teniendo en cuenta las funciones realizadas y las características del medio rural.

Existen tres sistemas posibles:

- Asalarización.
- Pago por acto médico.
- Sistema mixto.

Se considera que, en el medio rural y en el ejercicio de la medicina primaria integral, valorando los aspectos positivos y negativos de cada uno de ellos, el más adecuado es el sistema mixto por:

- a) Adaptarse mejor a la diversidad de los puestos de trabajo en cuanto a extensión territorial, diseminación, censo de población y funciones.
- b) Existir conjuntamente unas funciones preventivas y asistenciales que cumplir, junto a la difícil definición y contabilización del acto médico.
- c) Necesitar una seguridad en los ingresos mínimos, en los incentivos y en los derechos pasivos.
- d) Permitir la garantía de un trabajo y remuneración efectiva y la libre elección de médico.

2. Como medida previa al establecimiento del nuevo sistema es necesaria la actualización de todos aquellos conceptos retributivos que no han sido actualizados durante los últimos años.

3. En ningún caso el médico rural debe percibir, como mínimo, una cantidad inferior, como retribución fija, a la de un médico adjunto de una institución cerrada, por su trabajo durante la jornada laboral normal. Y debe ser promocionado para que pueda, a través de sus años de servicio y sus méritos profesionales, alcanzar la categoría y emolumentos de un Jefe de Sección o de Servicio de una Institución Cerrada.

4. El sistema mixto incluye tres apartados, de variable significado, según el tipo de trabajo a que se apliquen:

a) Retribución básica: de igual cuantía para todos los médicos de asistencia primaria, tanto del medio urbano como del rural.

— Resultando de la suma de retribuciones actuales percibidas por función sanitaria y por la asistencial, tomando como base la cuantía del cupo actual reconocido como necesario para la creación de una nueva plaza y para la asistencia.

— Con reflejo en pagas extraordinarias y en trienios.

b) Retribución complementaria: aparte de la que pueda ser establecida de forma general para la asistencia primaria prestada en el ambiente urbano y rural, la específica de este medio por los siguientes conceptos:

- La asistencia a pediatría.
- Ejercicio de las funciones del personal auxiliar.
- Asistencia diaria o periódica ambulatoria a los anejos.
- Ejercicio de pequeña especialidad.
- Asistencia por turnos en servicio de urgencia.
- Penosidad especial, en los casos de no poder ser incluidos en los ser-

vicios de urgencia, debiendo además tener derecho a un descanso mensual de cinco días.

c) Retribución por acto médico: previa definición del mismo:

- Por asistencia a desplazados.
- Por conciertos especiales nacionales o internacionales.
- Por accidentes de trabajo, de tráfico y lesiones de terceros.
- Por asistencia a embarazos, abortos y partos.
- Por asistencia especializada o complementaria (análisis y rayos «X») a cuenta del médico de asistencia primaria.
- Por asistencia extraordinaria en determinadas situaciones.
- Por libre elección de médico: limitando el número de actos mensuales y con pago decreciente a partir de un determinado número de ellos.

5. Indemnización: por prestaciones voluntarias de medios privados, mediante acuerdo previo entre ambas partes y según módulos preestablecidos, no siendo contabilizadas como ingresos a todos los efectos, incluido el de los impuestos.

a) Por consultorio: en su triple aspecto de:

- Local propio o alquilado.
- Mantenimiento, servicios (agua, luz, calefacción, refrigeración, teléfono, limpieza..., etc.).
- Mobiliario e instrumental clínico.

b) Por medio de locomoción: muy importante por su verdadera necesidad para el ejercicio correcto de las funciones asignadas en relación con el centro subcomarcal y los anejos.

Dicha prestación debe reunir las siguientes condiciones:

— Ser de voluntaria aceptación en los casos en los que lo solicite la Administración o el cliente.

— Prestaciones únicamente para servicios preventivos previstos o para la asistencia domiciliaria de enfermos encamados o que por su estado no se pueden trasladar al consultorio.

— Ser único para cada visita a un solo domicilio.

— Referirse a visitas giradas a domicilios distantes más de un kilómetro del lugar de trabajo.

— Contabilizar la distancia recorrida a partir de la cabecera del partido o lugar en que se halla enclavado el puesto de trabajo.

— Tener tarifa mínima de salida y por kilómetro recorrido en la cuantía establecida para el servicio de taxi.

En tanto la Administración no se haga cargo de este gasto, si el enfermo no proporciona el medio de traslado deberá ser él quien satisfaga su importe al médico.

6. Supuestos especiales:

a) Sustituciones: el sustituto debe percibir íntegramente las retribuciones del puesto de trabajo que ocupe temporalmente, excepto la antigüedad.

b) Acumulaciones: deben ser la excepción y percibir las retribuciones completas que corresponden a dichos puestos de trabajo, sean de médico, practicante o matrona.

c) Trienios: deben ser efectivos desde el primer día de la prestación de servicios, cualquiera que sea la vinculación al puesto de trabajo (por contrato, con carácter de interino o en propiedad con nombramiento definitivo).

d) Jubilación: voluntaria a los sesenta años y obligatoria a los sesenta y cinco, y actualizada anualmente a tenor del aumento real del nivel de costo de la vida.

7. Situación especial: Si por cualquier motivo la Administración no puede garantizar un mínimo aceptable de ingresos en relación con la penosidad del puesto de trabajo o no puede garantizar una correcta asistencia en la jornada laboral normal, debe admitirse, previa reglamentación adecuada, la voluntaria utilización del sistema de iguala por parte de la población.

Interrogantes éticos que plantea la integración de España en las Comunidades Europeas

(Principales conclusiones del Coloquio Internacional
celebrado en Madrid del 16 al 18 de noviembre de 1979)

PRESENTACION

En el Editorial del número anterior de «Revista de Fomento Social»—dedicado monográficamente al tema de **España ante las CC. EE**—anunciábamos la inminente celebración de un **Coloquio internacional de reflexión cristiana sobre los interrogantes éticos que plantea el proyecto de integración de España en las CC. EE**. Dicho Coloquio, que efectivamente tuvo lugar en Madrid los días 16 a 18 de noviembre pasado, había sido promovido a iniciativa del OCIPE (Servicio Católico de Información sobre Problemas Europeos) de Bruselas y por una Comisión mixta hispano-comunitaria.

El Centro Loyola, a cuyo cargo corrió la organización concreta del Coloquio, estima ahora oportuno ofrecer a sus lectores los resultados de él. Pero, ante la imposibilidad de dedicar al tema otro número monográfico de «Revista de Fomento Social», se ha elegido el siguiente plan de publicación:

a) A lo largo de este año irán apareciendo en «Razón y Fe» (otra de las revistas del Centro Loyola) algunas de **las ponencias introductorias** a los tres subtemas, en que se dividió en el Coloquio el tema general: 1.º **Cuestiones de carácter político** (dos ponencias a cargo respectivamente de los señores J. RUIZ-GIMENEZ, Catedrático de Filosofía del Derecho y W. D. JUST, del **Economical Research Exchange de Rotterdam**; 2.º **Cuestiones relativas a las relaciones exteriores** (id, a cargo de los señores Ch. CAPORALE, Jefe de División de la Dirección General de Relaciones Exteriores de la Comisión de la C. E. E., y J. A. CARRILLO SALCEDO, Catedrático de Derecho Internacional, recientemente designado como miembro por parte española en la Comisión de Derechos Humanos del Consejo de Europa); y 3.º **Cuestiones Económico-Sociales** (con una única ponencia general introductoria a cargo del señor J. L. SAMPE-DRO, Catedrático de Economía, y cuatro ponencias particulares en los grupos de trabajo, que enseguida mencionaremos).

b) En este número de «Revista de Fomento Social» adelantamos los principales resultados y conclusiones del Coloquio, que substancialmente se recogen en los textos que a continuación publicamos. El primero reproduce la **Síntesis final**, hecha por el P. JEAN WEIDERT (Director del OCIPE) en el último día, a la que se le han incorporado las observaciones que hicieron a continuación los participantes. En segundo lugar las **Conclusiones de los grupos de trabajo**, en que previamente se habían discutido más en detalle los principales aspectos particulares del tercer subtema (el de las Cuestiones Económico-Sociales): Agricultura, Industria, Cuestiones Sociales y Desequilibrios Regionales.

1.—**SINTESIS FINAL** (Elaborada por Jean Weydert, Director de OCIFE) (1)

Consideraciones preliminares

1.—La entrada de España en la Comunidad europea es ahora **un hecho con el que hay que contar**. La negociación está en trámite; hay aún varios problemas económico, jurídicos e institucionales que resolver; pero es evidente que se encontrarán soluciones a estos problemas y que un acuerdo se realizará sobre la adhesión de España.

2.—La segunda ampliación de la Comunidad europea es de una **importancia histórica considerable** a la vez para los tres países candidatos y para los nueve países que ya forman parte de la Comunidad. La adhesión de España en particular tendrá una gran consecuencia debido al peso demográfico, económico y político de este país.

3.—Dicho acontecimiento incluye **oportunidades y riesgos**. Compromete el porvenir de estos países candidatos y el de la Comunidad, es decir el futuro de los pueblos que formarán parte de la Comunidad ampliada. Acarreará también consecuencias en el campo de las relaciones internacionales, particularmente con el tercer mundo. No puede por tanto ser tratado como un regateo entre los intereses a corto plazo de las partes en la negociación, sino que reviste una **dimensión ética** cuyo alcance es preciso comprender.

4.—La ética designa **lo que debe ser**. Busca la afirmación de unos valores que son fundamentales para la vida de los hombres en sociedad y que, para los cristianos, se inscriben en lo más hondo de su fe. Dirigidos hacia el futuro, estos valores pueden expresarse en una utopía capaz de movilizar la esperanza de los hombres. Pero resulta no menos importante intentar ver cómo lo que hoy existe se dirigirá hacia lo que debe ser. El comportamiento ético no es un comportamiento idealista: aprehende la realidad para transformarla.

5.—**La opinión pública**, tanto de los Nueve como de España, parece poco consciente de lo que está verdaderamente en juego en la ampliación de la Comunidad.

En España, la Comunidad ha representado para muchos una esperanza y un modelo bajo el anterior régimen. La adhesión era entonces imposible por motivos políticos. Pero, cuando España se democratizó y solicitó la adhesión, la opinión resultó decepcionada al comprobar que los Nueve planteaban dificultades económicas. De ahí una cierta desilusión que podría agravarse en el caso de que la negociación durase demasiado. En cuanto a los Nueve, existe generalmente un prejuicio favorable a la entrada de España, pero el interés no es muy vivo. Existen, en cambio, fuertes núcleos de oposición constituidos por grupos que temen que la adhesión de España sea contraria a sus intereses.

6.—La Comunidad fue concebida para conducir a la unión de Europa, pero sigue siendo una organización ante todo económica, con competencias limitadas y marcada por las concepciones de la economía liberal. Además, ya no es hoy lo que era ayer; perdió su impulso político. Finalmente, la crisis económica que atraviesa hoy el mundo no facilita la segunda ampliación de la C. E.

(1) Esta síntesis, en la que se pretenden recoger las principales líneas de coincidencia puestas de manifiesto durante los tres días del coloquio, fue expuesta por su autor al final del mismo en sesión plenaria (18-11-79). La aceptación que mereció por parte de toda la asamblea es la mejor prueba de que refleja con fidelidad el pensamiento de la misma. Con todo, el mismo Jean Weydert ha incorporado a su texto, por encargo de los asistentes, algunas de las observaciones complementarias que se hicieron en la discusión que siguió a su presentación.

A.—Aspectos políticos de la adhesión de España (2)

1.—A pesar de las insuficiencias, limitaciones o dificultades que acabamos de mencionar, la adhesión de España **reviste en primer lugar un significado político** y debe ser considerada antes que todo como una cuestión política.

2.—Las dos partes en la negociación estiman que la adhesión de España facilitará la **consolidación** en este país de la **democracia** parlamentaria y pluralista. Y por tanto, esta democracia resultará también fortalecida en el conjunto de la Comunidad. Un esfuerzo permanente deberá ser realizado para mantener y desarrollar un régimen de respeto de los derechos y de las libertades. Efectivamente, la democracia verdadera no es un dato que se confunde pura y simplemente con el tipo de gobierno que existe en Europa occidental: es una conquista que hay que volver a examinar constantemente. La adhesión de España y de los demás países candidatos no debería, por tanto, considerarse como una manera de fortalecer el **status quo** en Europa occidental al consolidar el flanco sur de ésta. No debería tener por resultado paradójico el de frenar la evolución de la Comunidad y de los nuevos Estados miembros hacia una mayor democracia.

3.—La Comunidad y España, que acaba de adherirse a la Convención europea de los derechos del hombre, se encuentran en una afirmación común de **los derechos y de las libertades fundamentales**. La atención prestada al respeto de los derechos civiles y políticos no debe hacer olvidar que la adhesión plantea problemas al nivel de los **derechos económicos y sociales**. Existen unos peligros de acentuación de las disparidades sociales y regionales, problemas de empleo y problemas de migraciones que deberán recibir soluciones equitativas. Este tipo de problemas no puede resolverse mediante simples medios técnicos; requiere la aplicación de una verdadera política de desarrollo que las autoridades responsables de la Comunidad deben definir con la participación de los pueblos.

4. España y la Comunidad europea no han iniciado una negociación de tipo clásico que debe desembocar en una transacción en la que lo que cada una de las partes da y recibe se equilibra. La negociación de adhesión debe, al contrario, consistir en buscar soluciones que sirvan el **interés de la Comunidad en su conjunto** y estén a la altura de sus **responsabilidades**. Esta negociación no puede inspirarse en egoísmos tradicionales y nacionales; debe ser considerada como una etapa en la construcción de la Europa de mañana. Los Nueve en particular deben procurar no imponer a España las condiciones que les convienen, sino proponerle buscar con ellos, en un pie de igualdad, la forma que debe adoptar la Comunidad ampliada.

5.—Por su historia y su civilización, España **ya forma parte de Europa**. Económica y políticamente, su suerte ya está ligada a la de sus vecinos. Es normal que aspire a **participar en las decisiones** referidas a los asuntos europeos. Su adhesión a la Comunidad debe permitirle hacerlo.

6.—Más allá de los fines económicos inmediatos, la motivación más profunda de la empresa comunitaria es la afirmación de una **identidad europea**. No se trata de establecer una zona de libre cambio, sino de construir una comunidad mediante la que los valores propios de Europa podrán afirmarse en su unidad y diversidad. Para que la identidad europea se manifieste plenamente, todos los países de Europa tendrían que unirse. Mientras tanto, la adhesión de España y la de los dos otros países del Sur aportará a la Comunidad unos nue-

(2) A esta cuestión se le dedicó en el Coloquio toda la mañana del primer día (16-11-79); la discusión fue introducida por las ponencias de los señores J. RUIZ GIMENEZ y W. D. JUST, que, según decimos en la Introducción, serán próximamente publicadas en la revista «Razón y Fe.»

vos elementos importantes y le permitirá expresar de manera menos imperfecta la identidad europea.

7.—La cuestión de la **defensa** de Europa ha sido evocada. Se recordó que la Comunidad europea no tenía competencias en materia de defensa. Se recalcó también que no había ninguna razón para vincular la adhesión de España a la Comunidad europea con su entrada en la OTAN, tema que no está en cuestión por el momento. En cambio, si la identidad europea se afirma en la Comunidad, el problema de una defensa común de los países que la componen podría plantearse en el futuro. Lo que significaría a su vez la posibilidad de participar con voz y voto en unas negociaciones sobre el desarme.

B.—Problemas de relaciones exteriores (3)

1.—La Comunidad no está habilitada para intervenir en las relaciones políticas con países terceros. En cambio, existe entre sus países miembros una **cooperación política** en la que España participará de pleno derecho. Esta cooperación no es muy estrecha. ¿Permitirá la participación de España consolidarla o tendrá por efecto reducirla? ¿La orientará en una nueva dirección, por ejemplo hacia un fortalecimiento de las relaciones culturales con América Latina o hacia una presencia más activa en el mundo árabe? ¿Estarán los Doce de la Comunidad ampliada más en condiciones de aportar una contribución a la paz en el Oriente Próximo o a la solución del conflicto del Sahara?

2.—En cambio, la Comunidad pesa mucho en las **relaciones económicas y comerciales** internacionales y tiene los medios de ejercer allí su influencia. No parece que la entrada de España sea de tal naturaleza que modifique considerablemente las relaciones económicas de la Comunidad con los demás países industrializados del Oeste o del mundo socialista. ¿Qué ocurrirá con las relaciones con el tercer mundo? La Comunidad presenta hoy con respecto a estos países una doble cara. Estableció con varios de ellos una cooperación para el desarrollo (Convención de Lomé, acuerdos mediterráneos); aplica a todos los países del grupo de los 77 un sistema de preferencias generalizadas. Pero, en otros aspectos, su comportamiento para con los países en vía de desarrollo sigue siendo dominador y, en la actual coyuntura (crisis, competencia de los países en vía de industrialización), tiende a ser cada vez más proteccionista. La entrada de España en la Comunidad ¿debilitará o fortalecerá esta tendencia al proteccionismo? ¿Permitirá reforzar la cooperación con los países en vía de desarrollo, en particular con algunos de ellos (África, América latina)? No parece que deban esperarse grandes cambios en cuanto a las relaciones económicas con América latina, aunque se produzca un cierto acercamiento cultural, lo que constituirá en sí un elemento positivo.

3.—La importancia del problema de los **derechos del hombre** en las relaciones entre la C. E. y los países en vía de desarrollo ha sido recalçada. ¿Debe la Comunidad suspender su cooperación con los países cuyos gobiernos violan los derechos del hombre? ¿Debe cerrar sus fronteras a los productos de los países cuyas empresas no respetan las normas sociales de la Oficina Internacional del Trabajo? Tratándose de la violación de los derechos del hombre, pueden efectivamente surgir casos en que la Comunidad deberá denegar su ayuda a un Estado responsable de graves incumplimientos, al mismo tiempo que mantendrá las ayudas destinadas a la población y hará lo posible para que estas ayudas lleguen efectivamente a ella. Pero por otra parte la Comunidad

(3) A esta cuestión se le dedicó en el coloquio toda la tarde del primer día (16-11-79); la discusión fue introducida por las ponencias de los señores Ch. CAPPORALE y J. A. CARRILLO SALCEDO, que—según indicamos en la Introducción—serán próximamente publicadas en la revista «Razón y Fe.»

deberá procurar respetar los derechos de los súbditos de países del tercer mundo que hayan emigrado a su territorio. Tratándose del no respeto de las normas sociales, la Comunidad deberá procurar no utilizar esto como de un instrumento disfrazado de protección. Deberá también exigir que sus empresas instaladas en países en desarrollo sean las primeras que respeten estas normas. Cuando España haya entrado en la Comunidad, participará en la determinación del comportamiento comunitario en los casos concretos que se presenten.

4.—La adhesión de España, como la de los dos otros países candidatos, pero en una mucho mayor medida, plantea un problema respecto a las **relaciones con los países del Sur del Mediterráneo** con los que la Comunidad ha suscrito acuerdos de asociación. Efectivamente, una parte importante de las producciones de España, sobre todo agrícolas, compite con las producciones de estos países. Si no se hiciese nada, la entrada de España en el mercado común podría perjudicar los intereses de los países del Sur del Mediterráneo. Debe encontrarse una solución a este problema. Esta debe de ser tal que la Comunidad ampliada no sólo no interrumpa sino más bien refuerce su contribución al desarrollo de estos países. Es factible, mediante ciertos ajustes que no deberían constituir una prestación de España sola, sino inscribirse en una cooperación al desarrollo con los países del Sur del Mediterráneo en la que la Comunidad entera se comprometería. La ampliación no puede traducirse en una liberación del compromiso de la Comunidad con sus vecinos de la otra orilla del Mediterráneo. Le obliga, al contrario, a definir con ellos una política mediterránea más coherente.

C.—Aspectos económicos y sociales (4)

1.—Los tratados comunitarios se basan principalmente en los mecanismos de la economía de mercado. Su primer objetivo es el establecimiento de un mercado común sin cortapisas de cualquier tipo. El tratado de Roma es un acuerdo marco que ha previsto con bastantes detalles las medidas que tomar para realizar este mercado común, y se limitó a esbozar las políticas que aplicar para que éste funcione de una manera satisfactoria. Debido a la situación específica de la agricultura, una política agrícola común más desarrollada tuvo que preverse y poner en práctica. La realización de la unión aduanera significó a su vez el establecimiento de una política comercial común. En otros campos, ciertos elementos de políticas comunes han sido instituidos (armonización de las legislaciones, libre circulación de los trabajadores, derecho de establecimiento, cooperación monetaria y en materia de política económica a medio plazo, creación de un fondo social y de un fondo de desarrollo regional, medidas en favor de las industrias en crisis, etc.), pero estos desarrollos siguen siendo

[4] A esta cuestión se le dedicó todo el segundo día del coloquio (17-11-79); la discusión general fue introducida por una ponencia del señor SAMPEDRO, que—según indicamos en la Introducción—será próximamente publicada en la revista «Razón y Fe.» La tarde de ese día se dedicó a la discusión en grupos de trabajo en torno a una serie de cuestiones particulares relativas a este tercer subtema. Véase la nota 5.

[5] La tarde del segundo día (17-11-79) se dedicó a discutir en grupo de trabajo algunas cuestiones particulares relativas al tercer subtema (véase nota 4). En cada grupo la discusión estuvo precedida de una breve ponencia introductoria a cargo de un «comunitario» y el resultado del trabajo del grupo fue resumido en la mañana del tercer día (18-11-79) por un relator español. Publicamos también estas conclusiones—parcialmente completadas por las observaciones hechas en la discusión plenaria que siguió a su presentación—en la segunda parte. Véanse en ella las notas 6, 7, 8 y 9.

limitados a pesar de todo. Frente a la crisis que atraviesan las economías occidentales, al nivel de la Comunidad se hace sentir la necesidad de un conjunto de **políticas económicas y sociales** más coherente y dinámico que no aparezca únicamente como un complemento de los mecanismos del mercado.

2.—España puede preguntarse con justa razón si su adhesión a la Comunidad implica necesariamente la adopción de un **modelo de crecimiento económico** que privilegia el mercado, a la gran empresa y al crecimiento cuantitativo. Desde luego, deben tomarse las medidas que le permitirán participar en el mercado común de conformidad con las normas establecidas por los tratados o explicitadas ulteriormente. Pero eso no es todo. Puede también con justa razón emitir la idea de que la filosofía pragmática que inspiró hasta la fecha a la Comunidad merece ser reconsiderada con motivo de la ampliación. Efectivamente, el tipo de crecimiento que se realizó en el seno de la Comunidad desde sus inicios tuvo por efecto una concentración en unos determinados lugares y en unas determinadas manos de la actividad y del poder económico; unas condiciones de trabajo y de vida cada vez más difíciles de soportar, puesto el acento de manera demasiado unilateral en los aspectos cuantitativos del crecimiento. Si nada cambia, España corre el riesgo de encontrarse en la periferia con relación a los centros más activos de la Comunidad, las disparidades en el mismo interior de España corren el peligro de acentuarse, y el pueblo español puede verse imponer unas condiciones de trabajo y de vida que no contribuirán a su felicidad. Es deseable que los españoles aporten su contribución a un nuevo examen de los objetivos y de los medios del desarrollo económico y social en la Comunidad. No se trata de rechazar el mercado y poner en su sitio un sistema centralizador. Se trata, por el contrario, de fragmentar el poder, de diversificar el desarrollo teniendo en cuenta toda la variedad de situaciones, de humanizar el trabajo, de organizar lo mejor posible la vida en común de millones de personas. Esto no se hará en un día, pero hay que empezar desde ahora. La empresa que realiza no consiste simplemente en establecer un **mercado común**, sino en construir una **comunidad**.

3.—En cuanto a las cuatro **cuestiones particulares**, que han sido especialmente discutidas en los grupos de trabajo, nos remitimos a las relaciones conclusivas de cada grupo, pero además destacamos especialmente la siguiente:

a) La **agricultura** sigue siendo para España un campo importante económica y socialmente. La aplicación de la política agrícola común debería en su conjunto ser favorable a la agricultura española. Ciertos reajustes pueden, sin embargo, revelarse necesarios para evitar la constitución de excedentes o una competencia demasiado aguda en detrimento de los países del Sur del Mediterráneo. Por otra parte, la ampliación hace resaltar la necesidad de ciertas adecuaciones de la política agrícola común. Hasta ahora favoreció, en el plano individual, esencialmente a los empresarios agrícolas que disponen de las explotaciones mejor estructuradas y más rentables. Por otra parte no se tuvo suficientemente en cuenta las condiciones de las regiones menos desarrolladas. Es necesario evitar que estos inconvenientes se transfieran a España donde grandes desequilibrios entre explotaciones y entre regiones caracterizan ya la situación actual.

b) En un plano **social**, España está particularmente afectada por el problema de los trabajadores emigrantes. De la misma manera que hay que insistir para que los trabajadores españoles puedan gozar en la Comunidad de todos los derechos de la libre circulación, resultaría deplorable que, posteriormente a la entrada de España en la Comunidad, presenciemos una ampliación de las corrientes migratorias de España hacia las regiones más industrializadas de la Comunidad. El principio que quiere que el capital vaya hacia los trabajadores, más bien que lo contrario, debería aplicarse aquí. Deberá prestarse una atención particular a otro problema, el de la igualdad de los hombres y de las mu-

jeros ante el trabajo, y el de la igualdad de las remuneraciones masculinas y femeninas. Los trabajadores españoles asumen con los de los demás países de Europa una reivindicación que habrá que esforzarse en satisfacer: la de una verdadera participación en las decisiones económicas y sociales, tanto a nivel de la empresa, como a nivel global. La ampliación debería ser para la Comunidad la oportunidad de realizar una **política social voluntarista** y no una simple política de acompañamiento de la evolución económica.

c) En el plano **industrial**, varios problemas se plantean en el marco de la ampliación. Algunos de ellos, particularmente importantes, merecen ser subrayados. Uno consiste en la tendencia a la contracción del empleo en la industria durante el período de crisis que atravesamos. Los sectores en crisis despiden personal; los sectores en crecimiento no son los que más empleo ofrecen. ¿Qué política piensa seguir la Comunidad para evitar la agrupación del paro, sin tener por ello que recurrir al proteccionismo de cara a los países en vía de desarrollo que empiezan a industrializarse? Otro problema es el de la promoción de las pequeñas y medianas empresas, cuando hasta ahora todo favorece el desarrollo de las grandes empresas y de las empresas transnacionales. Un tercer problema es el de la libre circulación de las mercancías en el interior del mercado común. La apertura de las fronteras debe estimular en España las adaptaciones de estructura industrial y el espíritu de empresa. Pero no hay que quedarse en el aspecto negativo de la supresión de los obstáculos a la competencia; deben tomarse también medidas positivas tales como el mejoramiento del clima industrial, el establecimiento de servicios, las transferencias de tecnología, la protección de los consumidores, del medio ambiente, etcétera. Una regla de oro debe ser aplicada: el hombre ha de ser considerado siempre como el fin esencial en todo lo que se refiere a la disposición y al empleo de las técnicas.

d) La ampliación de la Comunidad plantea con mayor agudeza de lo que era el caso hasta ahora, la cuestión de las **disparidades regionales**. Los instrumentos de los que dispone actualmente la Comunidad para ayudar a resolver este problema serán entonces demasiado reducidos. Es preciso que la solidaridad comunitaria pueda jugar en una mayor medida en favor de las regiones más pobres que se encuentran en los países candidatos y particularmente en España. Para que pueda ejercerse eficazmente, una atención especial debe ser también prestada a la elaboración de los planes de desarrollo regional en España. Además, la política regional únicamente podrá surtir efecto si es uno de los elementos de una política de desarrollo económico y social más diversificada, teniendo realmente en cuenta las situaciones locales y la opinión de las poblaciones interesadas, y no únicamente basada en el modelo de la gran industrialización.

Conclusiones prácticas

Este encuentro nos permite darnos cuenta de algunas necesidades particularmente urgentes.

1) Es muy importante que la **opinión pública en la Comunidad** se dé cuenta de la impaciencia legítima de los españoles cuando las dificultades y los problemas por resolver para su entrada en la Comunidad parecen acumularse cada vez más. Los participantes «comunitarios» a este coloquio deberían contribuir a hacerlo comprender.

2) Parece que la opinión pública española no esté suficientemente informada de lo que es la Comunidad europea. Los elementos de **información** son escasos. Los que se filtran dan a menudo de la Comunidad una imagen demasiado «triumfalista» que no corresponde a la realidad. Las críticas puramente

negativas pueden entonces manifestarse demasiado fácilmente. Existe un problema de información de la Comunidad en España. Parece que los medios puestos en práctica son insuficientes. Parece también que el gobierno español aún no ha hecho lo suficiente para explicar a la población lo que está en juego en la adhesión. De todas maneras, la información oficial tiene sus límites. Aquí también los participantes en el coloquio pueden ser los que hagan sentir la necesidad de una información libre y completa y los que contribuirían a divulgarla.

3) El problema que hemos encontrado repetidamente durante este coloquio consiste en dar a la Comunidad **una perspectiva y una visión**. Son evidentemente los responsables políticos quienes traducirán esta visión en la práctica. Pero no nos está prohibido a los ciudadanos reflexionar acerca de las finalidades de la construcción europea y poner el acento en los valores que nos parece deben inspirar esta empresa. Como cristianos, tenemos seguramente mucho que decir al respecto. En los medios que tocamos, en las organizaciones a las que pertenecemos, debemos conseguir que otros piensen y actúen con nosotros.

II.—CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

A.—Grupo de agricultura (6)

1.—**La adhesión de España** a la CEE implica su integración, sin reserva de una y otra parte, en el contexto comunitario. Según las finalidades enunciadas en el preámbulo del Tratado de Roma, el proceso de integración europea se apoya en la solidaridad entre países, regiones y personas. Esta solidaridad debe sin embargo extenderse igualmente a los países en vía de desarrollo y, en particular, a los que tienen relaciones tradicionales con Europa.

* * *

2.—**La Política agrícola común** debe ser mantenida. Constituye una de las principales realizaciones comunitarias y los principios que la inspiran (art. 39 del Tratado) siguen siendo válidos en la perspectiva de la ampliación.

Sin embargo, como cualquier construcción humana basada en una serie de transacciones, presenta unos defectos que la ampliación ya no permitirá disimular. La situación que se ha creado en algunos sectores parece poner en cuestión, ya desde ahora, algunas de las orientaciones adoptadas en la política agrícola común. La integración de España ampliará, en algunos casos, la agudización de las dificultades existentes. Aunque modesta, la presión suplementaria que resultará de ello puede tener por efecto que se llegue al punto de ruptura. Lo que debe inducir a una reflexión acerca de las orientaciones de las adaptaciones que se revelarían necesarias en el contexto de una Comunidad ampliada.

Cabe recordar al respecto que la política agrícola común, en la mayoría de los casos, no tomó en cuenta, aunque lo preveía el Tratado, las condiciones de las regiones menos desarrolladas. Estas regiones, que ya son las que menos se benefician de las ventajas no presupuestarias derivadas de la integración, tampoco se han beneficiado en contrapartida de las transferencias de recursos necesarios. Esto es válido particularmente para las regiones mediterráneas que

(6) Véase nota 5. La discusión en este grupo fue introducida por el señor DI CARPEGNA, Dirección General de Agricultura de la Comisión de la C. E. E. El relator del grupo y redactor de las Conclusiones fue el señor J. J. ROMERO, Profesor de Estructura Económica en ETEA de Córdoba.

presentan unas carencias estructurales y unas importantes diferencias de desarrollo con relación al resto de la Comunidad. Por otra parte, la política agrícola común favoreció, en el plano individual, esencialmente a los empresarios agrícolas de las explotaciones mejor estructuradas y más rentables. Es preciso evitar que estos inconvenientes se transfieran a España cuya situación actual se caracteriza por grandes desequilibrios entre regiones y entre explotaciones.

Con este enfoque, sería preciso, entre otras cosas, proceder a una nivelación entre los fondos afectados a las medidas del mercado y los destinados al mejoramiento de las estructuras. Para los primeros, convendría además introducir una selectividad para tener en cuenta las diferencias de ingresos y las necesidades reales de apoyo a los agricultores.

Además, en las regiones caracterizadas por la ausencia de alternativa, tanto agrícolas como no agrícolas, pueden subsistir por largo tiempo problemas sociales difíciles de resolver. En estos casos, las acciones agrícolas indispensables deberán ser respaldadas por acciones complementarias, tanto más justificables cuanto que el papel social de esta agricultura «no rentable» (medio ambiente, protección de la naturaleza, erosión de los suelos, etc.) ya no se discute hoy. Se trataría, entre otras, de medidas tales como ayudas a los ingresos o complementos de precios para los productos susceptibles de valorizar mejor las potencialidades existentes, dentro del enfoque de la actual política referida a la montaña y a las zonas desfavorecidas. Estas medidas buscarían asegurar a las regiones en cuestión las condiciones necesarias para un desarrollo que estén en armonía con el del resto de la Comunidad.

* * *

3.—En el contexto más específico de la ampliación y por el hecho de las adaptaciones que esta última implica, el principio de solidaridad comunitaria debería conducir a la movilización de todos los medios que, sin dificultar el proceso de integración, permitan repartir mejor a nivel comunitario las cargas económicas y sociales derivadas del mismo.

Al respecto, el período transitorio debería permitir diluir en el tiempo y, por tanto, hacer menos pesadas, las adaptaciones en cuestión; debería asegurar además una mejor armonización entre los reajustes referidos al sector agrícola y los del contexto económico en su conjunto. Finalmente, debería permitir la acción de las medidas estructurales cuyos efectos positivos no se manifiestan, de manera general, sino después de un plazo relativamente largo. Dichas acciones estructurales podrán según el caso:

— aumentar la competitividad allí donde es posible y por tanto evitar la reconversión;

— prestar ayuda a la reconversión en los casos en que la competitividad no puede asegurarse en las nuevas condiciones determinadas por la ampliación.

4.—Otras consideraciones.

a) Es importante que los nuevos candidatos puedan aportar, aun antes de la adhesión, su contribución, dentro de un marco que hay que definir, en los debates que, en los recintos comunitarios, pueden desembocar en unas modificaciones fundamentales del bagaje comunitario. Por otra parte, sería deseable que los contactos entre los medios agrícolas españoles y comunitarios se intensifiquen para asegurar una mejor comprensión de los problemas recíprocos.

* * *

b) Finalmente, es necesario evitar que el proceso de integración pueda implicar una disminución de la solidaridad de la Comunidad ampliada para con

los países del tercer mundo, particularmente los que puedan resultar más afectados por esta ampliación. De la misma manera, en este caso, habría que asegurarse de que las cargas derivadas de esta solidaridad se repartan de manera equitativa en el seno de la Comunidad.

B.—Grupo de industria (7)

A partir de la introducción del señor Von Sydow que ha presentado los rasgos básicos de la política industrial de la Comunidad, se han considerado los temas en los que se descubría una mayor carga de problemas éticos.

Estos temas son los siguientes:

- 1.—El problema de los sectores en crisis y de los sectores de crecimiento.
- 2.—Las grandes empresas, las pequeñas y medianas empresas y las empresas transnacionales.
- 3.—Quiénes son los interlocutores en la negociación de adhesión (la CEE, los estados miembros). ¿Cómo toma las decisiones la Comisión? ¿Qué imagen da de sí misma?
- 4.—Los problemas derivados de la libertad de circulación de mercancías, trabajo y capital.
- 5.—La protección no arancelaria (trabas técnicas, etc.)
- 6.—La oficina de conexión entre empresas.

Estos dos últimos temas fueron tratados a nivel informativo. Se hizo referencia al 5.º en diversos momentos del coloquio, aunque no se entró a fondo de él.

En cada uno de estos temas se explicaron los puntos de mayor densidad ética. Aparecieron los siguientes:

1.—Respecto al tema de **los sectores en crisis**, se constató que la crisis actual tiene dos vertientes, especialmente relevantes en el contexto que nos ocupa: a) el paro; y b) la relación de la CEE con países del tercer mundo que inician su despegue a partir de sectores tradicionales en crisis dentro de las CEE.

a) En cuanto al **paro** nos hemos preguntado si la CEE tiene previsto algún modo de abordarlo. ¿Tendrá esto efecto en la libre circulación de trabajadores? ¿Lo tendrá en la libre entrada de trabajadores no pertenecientes a la Comunidad? ¿Cómo influir para resolver el problema? Se ha observado también que los sectores en crecimiento no son los que más empleo generan.

Se subrayó la gravedad del problema, hasta el extremo de que puede ser origen de rupturas traumáticas (involución o revolución) si no se trata en profundidad.

b) Se ha detectado un riesgo en la **relación de la Comunidad con países terceros** en la medida en que se constituya como parte contraria y poderosa al negociar con ellos las medidas para tratar los sectores en crisis.

c) Se advirtió también que aunque la Comunidad tiene menos competencias en política industrial que en la agrícola, el carácter de tratado marco del tratado de Roma permite que dicha política adquiera mayor entidad; así cabe considerar si la ampliación obligará a una reorientación de la política industrial, en función de los criterios de los nuevos países miembros y de la nueva relación de fuerzas derivada de la ampliación.

2.—En relación a los **varios tipos de empresas**, los problemas fundamentales son los siguientes:

- a) Las empresas transnacionales, que se caracterizan por operar en di-

(7) Véase nota 5. La discusión en este grupo fue introducida por el señor W. TULLY, Dirección General de Mercado Interior y Asuntos Industriales de la Comisión de la C. E. E. El relator del grupo y redactor de las Conclusiones fue el señor J. M. SURIS JORDA, Prof. en ESADE de Barcelona.

versos países (sin que de entrada se les pueda dar ninguna connotación ética positiva ni negativa), por ser multinacionales plantean el problema de la concentración de poder y de su control supuesto que sus centros de decisión pueden estar fuera de Europa.

b) Se destacan también otros aspectos.

- la necesidad de una legislación que no deje en desventaja a la pequeña y mediana empresa;
- la necesidad de facilitar la libre instalación de empresas por parte de los estados miembros para evitar desplazamientos humanos no deseados;
- la necesidad de políticas **anti-trust** ágiles.

c) Finalmente se destaca que conviene que todos los intereses incluso los de las pequeñas y medianas empresas se hagan oír en la Comisión.

3.—El tema de los sujetos de negociación y decisión en la CEE plantea las siguientes cuestiones.

a) Ante todo, la de **los interlocutores reales de la negociación** incide en la actitud del Estado que pide la adhesión. Si es la CEE se puede acentuar una actitud solidaria puesto que el mismo Estado se verá obligado a tratar los problemas que la ampliación plantee; mientras que si el protagonismo lo tienen los estados por separado se acentuaría el intento de sacar el máximo partido.

b) Se ha discutido también el problema de la toma de decisiones en la CEE y el de la imagen que da de sí misma.

En cuanto al proceso de toma de decisiones se pone de relieve su complejidad y cómo la comisión está diariamente en contacto con empresas, sindicatos y administración de los Estados. En este sentido en el proceso de decisión se trata de recoger la opinión. Sin embargo hay la instancia del Consejo de Ministros que puede entrar en conflicto con la Comisión, y donde tienen poder los estados miembros por separado.

Es posible que la Comunidad dé una imagen de sí misma muy tecnocrática (por ejemplo, a través del comité de gestión de productos agrícolas) y algo triunfalista a través de determinadas publicaciones.

Por ello conviene fomentar la información sobre todo a nivel nacional español.

4.—La **libertad de circulación** plantea el problema de las diferencias de competitividad entre países y entre productos.

a) El tema se plantea ante todo en términos de una oportunidad de racionalización de la estructura industrial, de elaboración de estrategias empresariales imaginativas, por lo que se requiere un cierto cambio de mentalidad en el empresariado.

b) La política de libre circulación no tiene sólo el aspecto negativo de eliminación de obstáculos, sino también aspectos positivos como el establecimiento de servicios, patentes, protección al consumidor, medio ambiente, etc.

c) Por otra parte, la oportunidad de las empresas consiste en estimular el desarrollo tecnológico adecuado, aprovechar economías de escala, etc.

Con frecuencia ha salido a lo largo del debate lo que hemos definido como **el problema fundamental**. La exigencia ética de tener en cuenta al hombre como fin en cada uno de los problemas técnicos. Esta exigencia puede llevar a cuestionar el **modelo de desarrollo** de la CEE.

Se destaca que la profundidad de la crisis actual, especialmente por el paro y la necesaria redistribución del trabajo, constituye una amenaza real de ruptura (involución o revolución) que puede ser traumática y a la cual se debe hacer frente mediante medidas lúcidas que incorporen la exigencia ética.

Preocupa la pregunta acerca de la fuerza germinal de Europa para dar a luz nuevas concepciones de la vida que respondan a los problemas actuales. Se

destaca que nadie está exento de efectuar su aportación a esta tarea y la importancia de la participación en todas las instancias de decisión.

C.—Grupo de cuestiones sociales (8)

El Grupo de Trabajo, con el fin de no hacer la discusión demasiado abstracta o teórica, ni de hacerla excesivamente técnica, concretó sus debates en torno a los dos temas que le fueron sugeridos por el ponente señor Wathelet:

- 1.—El problema de las migraciones y la libre circulación de trabajadores.
- 2.—La participación de los trabajadores y la democratización de la empresa.

1.—Migraciones y libre circulación de trabajadores

a) Una primera cuestión es necesario plantearse: ¿no es un absurdo desde un punto de vista ético que exista en sí misma la emigración, teniendo en cuenta que la emigración supone el desplazamiento de unas personas hacia donde está el capital con el fin de buscar un empleo—con todos los problemas de desarraigo que ello origina—? ¿No sería más racional y justo que fuera el capital, las inversiones, quienes se desplazaran allí donde está el elemento humano?

Evidentemente el problema no es sencillo de resolver, y han de ser tenidos en cuenta factores de infraestructura, tales como el **management** y el nivel de formación profesional existente **in situ**; pero, ¿no debería la Comunidad **poner en funcionamiento mecanismos que garantizaran la creación de empleos en las áreas deprimidas en los países candidatos**, y en particular en los sectores que más duramente sufrirán los efectos de la adhesión?

b) En cuanto a la igualdad de trato para los trabajadores y miembros de sus familias ya instalados en el área comunitaria (o para los comunitarios en España) parece ser un hecho aceptado por todos e inscrito asimismo en el Tratado de Adhesión de Grecia a la CEE, que deben gozar de la igualdad de trato **desde el momento mismo de la integración** (condiciones de vida y de trabajo, Seguridad Social...).

c) Por otra parte, cuando, desde ciertos medios de opinión se habla de establecer restricciones al libre desplazamiento de los trabajadores españoles en la Comunidad (ante el temor de una posible «invasión» dado el nivel de desempleo en España), debemos interrogarnos sobre las causas que originan en realidad los movimientos migratorios.

El Grupo de Trabajo coincidió unánimemente en valorar que no es la oferta de mano de obra sino la demanda la que determina que estos desplazamientos se produzcan. El caso italiano (más retornos que salidas en estos últimos años a pesar de gozar de los beneficios de la libre circulación) viene a ratificar esta afirmación. Incluso se llegaba a cuestionar si las normas comunitarias de libre circulación han tenido **alguna** influencia en los movimientos migratorios. El hecho de que las dos terceras partes de los inmigrados actualmente residentes en la Comunidad proceda de terceros países aporta una contundente respuesta a esta pregunta.

Si no hay trabajo en los países comunitarios, los españoles no se desplazarán aunque se beneficien de la libertad de circulación; hoy día en España se rechazan ya varios miles de ofertas de trabajo—permanentes y de temporada—para ir a trabajar al área de los Nueve.

(8) Véase nota 5. La discusión en este grupo fue introducida por el señor WATHELET, Dirección General de Asuntos Sociales de la Comisión de la C. E. E. Actuó como relator y redactor de las Conclusiones el señor F. J. CASAS, Vicesecretario General del Instituto Español de Emigración (M. de Trabajo).

Lo esencial viene a ser entonces **mejorar la información sobre la situación del mercado del empleo**, perfeccionando sus canales (hoy día los canales determinantes de la información vienen a ser, los del amigo, pariente o vecino).

Este esquema—oferta de trabajo como elemento determinante de la emigración—quiebra sin embargo cuando el desfase entre la situación económica y social en ambas áreas es demasiado grande. Cuando en el país de origen se produce una situación de miseria o de lucha por la supervivencia, el trabajador puede preferir desplazarse aunque no tenga la certeza de obtener un empleo ya que no tiene nada que perder y sí algo que ganar.

Por algún miembros del Grupo se defendió también—de forma apasionada en ocasiones—la necesidad de garantizar, por el contrario, el libre mercado en materia de circulación de personas a escala no sólo europea sino también mundial, como única forma de desarrollar en su totalidad las potencialidades de los factores de producción.

d) La Comunidad debe avanzar asimismo hacia la elaboración de un **Estatuto del Trabajador Migrante**, comunitario o no comunitario. **No es justo que un trabajador legalmente instalado sufra discriminación** en cuanto al empleo, condiciones de vida, posibilidad de llevar con él a su familia, Seguridad Social, etc., con respecto de otros trabajadores por el mero hecho de proceder de un área geográficamente distinta; los miembros de su familia deberían ser igualmente autorizados a trabajar en el país.

En cuanto a los **migrantes ilegales o clandestinos**, el mal no se soluciona penándoles a ellos (encarcelamiento, expulsión, etc), sino castigando a los patronos que los emplean y que son quienes en realidad se aprovechan de la situación. Es quizá ilustrativa a este respecto el que una Directiva de la Comisión sobre las Migraciones clandestinas haya quedado bloqueada por abordar—y no de forma especialmente grave—el tema de las sanciones a los empleadores.

Desde un punto de vista ético es inaceptable hacer sufrir a los migrantes con toda dureza la consecuencia de la crisis; **los trabajadores migrantes han contribuido a la prosperidad de los países de acogida, y no deberían sufrir ahora los efectos de la crisis como si hubieran sido sus causantes.**

Se debe **respetar profundamente la identidad sociológica y cultural** de los emigrados (religión, costumbres, familia, etc.) y no aumentar más su desarraigo imponiéndoseles otros esquemas de vida. Hemos de analizar con valentía la contradicción que existe entre la moral estricta que se predica en las Iglesias europeas en materia sexual y familiar, y los impedimentos que se pone en muchas ocasiones al trabajador migrante para que lleve con él a su familia.

e) Finalmente, el Grupo fue esencialmente sensible a los **problemas específicos** que plantean ciertos colectivos como las **mujeres**, doblemente discriminadas por su condición de mujeres y de emigradas, o los **hijos**—la segunda generación—, demasiado a menudo marginados en los países de acogida y en los de origen de sus padres.

2.—Participación de los trabajadores en la empresa

a) En la Europa comunitaria es **débil aún** la participación de los trabajadores en la marcha de la empresa, sin que las propuestas presentadas por la Comisión al respecto (Estatuto de la sociedad anónima europea, Quinta Directiva relativa a los derechos de sociedades) hayan desembocado en actos comunitarios de aplicación. Ciertos procedimientos de consulta están sin embargo previstos en normas comunitarias en caso de despidos colectivos, fusión de empresas, etc.

En cualquier caso, los sindicatos son cada vez más sensibles a este tema,

como lo demuestran las conclusiones del último Congreso de la Confederación europea de Sindicatos, celebrado en Munich en mayo 1979.

b) La participación de los trabajadores ha de estar basada en dos pilares esenciales: la **información** y la **consulta** en aquellas materias que sean de interés para el conjunto de los trabajadores (cierre de empresas, fusión, traslado...)

c) Un problema de fondo que es lícito plantearse es el del objetivo final de esta participación de los trabajadores en la empresa: **¿se trata de participar para transformar una realidad, o se trata por el contrario de una mera «corresponsabilidad» en las decisiones que toma soberanamente la empresa?**

Esta pregunta no parece tener fácil respuesta; el carácter de la participación vendrá dado por la actitud con la que las distintas organizaciones sindicales aborden el tema. En cualquier caso el Grupo coincidió en que **lo esencial es que se facilite a los trabajadores la información necesaria**. Con esta información, y dándose por supuesto el respeto a una deontología en la utilización de estas informaciones, los sindicatos o comités de empresa actuarán en una u otra dirección (reivindicativa o colaboracionista).

Existen hoy día experiencias suficientemente enriquecedoras y esperanzadoras que animan a profundizar en esta vía. Importantes propuestas hechas por los sindicatos para reestructuración de sectores enteros—ejemplo la siderurgia—que han sido aceptadas por determinados Gobiernos y patronales, por incluir indudables elementos que comportaban mayor racionalidad y eficacia.

d) La **homogeneización laboral española** sobre el modelo imperante en los países comunitarios conlleva ciertos aspectos que podrán resultar perjudiciales para el trabajador español, que disfrutaba de ciertas ventajas derivadas de la paternalista legislación anterior. El balance general ha de considerarse sin embargo positivo; libertad sindical, libertad de negociación colectiva, fortalecimiento progresivo de las organizaciones sindicales, etc.

3.—Otros aspectos de interés que fueron señalados por el Grupo

a) La poca efectividad en la aplicación del principio de **igualdad de trato y de igualdad de remuneraciones masculinas y femeninas**. Se trata de un aspecto cuyo respeto necesita la existencia de fuertes sindicatos, capaces de controlar su aplicación.

b) Es necesario también mencionar la **importancia de la participación de las fuerzas sociales (sindicatos y patronos) a nivel superior al de la empresa**. En el plano comunitario se vislumbra una mayor participación de estas fuerzas en órganos como el Comité Permanente del Empleo y otros.

c) La **debilidad de la política social comunitaria en general**, concebida hasta ahora como un conjunto de medidas para paliar los graves desequilibrios e injusticias que está provocando la integración, más que como un verdadero programa de intervenciones activas para reorientar el libre juego de las fuerzas económicas y redistribuir la riqueza de una forma más justa.

D.—Grupo de cuestiones regionales (9)

La ponencia del señor Durand sobre el tema de las disparidades regionales en la Comunidad ha puesto de manifiesto que, en contra de lo que en un principio pudo pensarse al crearse la Comunidad, las distintas fuerzas económicas y sociales—dejadas a su plena libertad—no inducen un reequilibrio de esas disparidades; al contrario, a nivel comunitario, pueden incluso acrecentarlas. De hecho,

(9) Véase nota 5. La discusión en este grupo fue introducida por el señor DURANT, Dirección General de Política Regional de la Comisión de la C. E. E. Actuó como relator el señor P. BENAVIDES, Jefe del Gabinete del ministro para las Relaciones con las CC. EE.

después de la ampliación, la necesidad de introducir unos elementos correctores de ese libre juego y de los consiguientes desequilibrios se agudizó.

Asimismo se tomó conciencia de la Comunidad de la insuficiencia de las medidas nacionales de política económica, y por tanto, de la necesidad de organizar un centro de poder, que se sitúe por encima de los enfrentamientos entre países, regiones o grupos sociales de nivel de desarrollo diferente. La solución alternativa a esa instancia de decisión supranacional y a la creación de un espacio suficiente sobre el que ejercerla tendría que ser la opuesta; es decir, el repliegue sobre sí mismo, la recesión, el proteccionismo y la insolidaridad.

Pero además, la ampliación de las Comunidades plantea el tema de las disparidades regionales en forma mucho más aguda que en el pasado, dada la estructura económico-social de los nuevos países candidatos.

Sobre esa base se han analizado los efectos de la ampliación en el terreno regional en tres planos diferentes de carácter cronológico.

1. Ante todo a **corto plazo**, es decir, valorando el impacto inmediato que sobre las regiones pueda tener la integración. Es dudoso, a este respecto, que la integración en una unidad económica de mayores dimensiones acentúe en términos absolutos la situación de menor desarrollo de las regiones más deprimidas; pero con más probabilidad ella puede contribuir, en términos relativos, a un deterioro—a nivel comunitario, no nacional—de las disparidades regionales.

Existe además el efecto adicional de que, a causa de la libre circulación de personas, las inquietudes de los ciudadanos de los países o de las regiones menos desarrolladas aumentan, ya que se adoptan como modelos de desarrollo algunos que están fuera de sus fronteras nacionales y, en consecuencia, por encima de los propios niveles de desarrollo nacional.

En lo que a España se refiere, se subrayó la conveniencia de que la elaboración de planes de desarrollo regional no se demore hasta la instauración plena de las autonomías se subordine a ellas. Sean del tipo que sean, son urgentemente necesarios unos cauces para la programación y recepción de las ayudas comunitarias.

Se ha resaltado asimismo que la nueva ampliación (es decir, esta segunda, de la que formaría parte España) ha suscitado una mejor y más profunda toma de conciencia de las exigencias éticas que comportan la disparidades regionales. Esa toma de conciencia ha tenido lugar más marcadamente en aquellas instituciones comunitarias—tales como la Comisión y el Parlamento Europeo—en las que la representación de los intereses nacionales está menos marcada o más deluida en una mayor solidaridad internacional.

2. A **medio plazo** se cree que la ampliación y, más concretamente, la entrada de España aumentará ese fenómeno de solidaridad. Ello se advertirá, tanto en las instituciones como en la cuantía de los fondos disponibles para atenciones regionales, aunque también hay que prever que ese fenómeno encuentre algunas resistencias en los mecanismos de puesta en marcha, especialmente cuando se trate de la introducción de las medidas de planificación necesarias.

España puede, desde dentro de la Comunidad, aportar una nueva sensibilidad en estos temas e incrementar la preocupación por una modificación de la política regional.

3. A **largo plazo**, el grupo se ha planteado, con carácter general y sin buscar soluciones, el problema de una sociedad nueva, diferente de la actual, en la que queden mejor resueltos los problemas de las desigualdades regionales.

4. Como elemento de carácter general (que debe ser tenido en cuenta en todas y cada una de estas fases del impacto regional de la ampliación) se han señalado las **consecuencias sobre países terceros**. Una mayor seguridad o una mejora de la situación de regiones menos desarrolladas corre el riesgo de realizarse a expensas de las expectativas de desarrollo de países terceros más pobres, con efectos, consiguientemente, no deseables de carácter ético.



“DEONTOLOGIA PARA EMPRESARIOS”

Por Javier **GOROSQUIETA**
Doctor en Economía

Primera PARTE:

La Dirección Comercial

Segunda PARTE:

Las Relaciones Industriales

Tercera PARTE:

La Dirección Económico-Financiera

* * *

Un amplísimo y verdadero código de ética profesional desde los
más rigurosos planteamientos técnicos

480 páginas

600 pesetas

Pedidos a:

CENTRO LOYOLA

Pablo Aranda, 3

MADRID-6

Teléfono (91) 262 49 30

La encrucijada de los precios petroleros (I)

Fernando MARTINEZ GALDEANO S. J.

Con retraso pero al fin, España ha empezado en forma oficial y claramente pública a tomar en serio el problema de la energía. Otros países no se retrasaron tanto. Ninguno se anticipó a la crisis de 1973 que provocó la drástica subida de los precios petroleros a partir sobre todo de enero de 1974. (El Plan Energético Nacional 1978-1987 recibió el visto bueno parlamentario el 28 de julio de 1979).

Lo más importante de un plan colectivo es que supone una conciencia de los planificadores transmisible a las mayorías frente a un asunto que las afecta vitalmente aunque ellas por el momento lo ignoren. El conocimiento valorativo del tal asunto y de su tratamiento real y posible es lo que ante todo interesa. Más adelante será la ejecución flexible del plan la que verificará su acierto o su propia debilidad. La eficacia de los resultados conseguidos juzgará en definitiva de su bondad.

Cuando escasean los recursos, la necesidad de un plan se evidencia por sí misma. He aquí la primera interrogante: ¿Son los recursos petroleros escasos? ¿Cómo y por qué el petróleo antes abundante, en menos de diez años parece escasear y alarma con su terrible racionamiento a los ciudadanos de los países industriales? Si esta situación urgente no fuera realidad verdadera, el Plan Energético Nacional ni siquiera habría sido concebido. Su nacimiento por tanto brota del petróleo caro y difícil.

Responde el presente estudio, que por razones prácticas se publica en dos entregas a Revista de Fomento Social, a la pregunta pero en su elemento previo y básico.

UN CONSUMO VORAZ E INCONTENIBLE

Fuera de contadas y excepcionales ocasiones los precios del petróleo fueron bajos a lo largo de su historia de un siglo. Hace más de veinte años el cierre violento del canal de Suez (1956) animó un poco su valor económico. En aquellos dos años de apremio (1957-58) el precio de referencia del barril fue de 2,08 dólares (1). Su precio de mercado rondaría el 1,5 dólar/barril.

(1) Un barril de petróleo tiene exactamente 158,984 litros, es decir, prácticamente 159 litros.

Reciben el calificativo de «precios de referencia» («posted prices» en la jerga internacional), los precios cotizados, los presentados al cliente. Estos precios sufrian de ordinario descuentos a veces muy sustanciales según la forma de pago elegida y la duración del contrato. Los «precios de realización»

Superado el cierre de Suez por el rodeo del cabo de Buena Esperanza, subieron como era lógico los fletes marítimos. Aún no existían los super-petroleros de más de 100.000 toneladas. Este aumento del costo fue transferido al poco tiempo por las compañías petroleras a los países productores (2). En febrero de 1959 los precios de referencia fueron rebajadas en un 10 por 100 y en agosto de 1960 fueron deprimidos en un 5 por 100 más. Es en esta coyuntura internacional cuando emerge la OPEP (Organización de Países Exportadores de Petróleo) el 14 de septiembre en Bagdad (Irak) con la finalidad primordial de defender sus ingresos fiscales petroleros (3). En esta línea la OPEP hizo durante años lo que pudo que era poco. Logró que los precios de referencia no siguieran bajando aunque el poder adquisitivo del dólar cobrado en 1959 no era el mismo que el de 1970. Esta década de energía barata, continuación de una historia petrolera fecunda en hallazgos petrolíferos, motorizó el desarrollo definitivo de los países industriales cuya construcción adolece del despilfarro lógico y masivo de un producto tan depreciado y malbaratado como presuntamente inagotable y a la mano. El siguiente cuadro sobre la evolución del consumo de petróleo en los llamados países industriales muestra esta situación peligrosa expresada en números:

son los precios de mercado conforme se decidió y se hizo la compra-venta. Una baja en los precios de referencia llevaba consecuentemente a una baja en los precios de realización. De los primeros depende el cálculo del ingreso fiscal petrolero de un país productor y exportador de crudos. Ambos tipos de precios en la práctica eran fijados por las grandes compañías petroleras. Venezuela fue el primer país petrolero que llegó a establecer el precio de referencia de mutuo acuerdo con las compañías (1967). Unos años más tarde (1971) los países exportadores de petróleo del Golfo Pérsico consiguieron de hecho esta posición negociadora más justa frente a las compañías petroleras.

(2) Las grandes compañías petroleras (o «majors») son las conocidas como las «siete hermanas» por sus compromisos fraternos de dominio a nivel mundial. Estas compañías controlaban en 1971 el 68,8 por 100 de la producción de crudos, el 51,4 por 100 de la refinación y el 67,9 por 100 de las ventas al consumidor. Tales porcentajes hacen referencia al total del mundo no comunista. Tal situación de predominio se ha incrementado en años recientes a lo largo de la vertiente de la comercialización y del desarrollo tecnológico ya que el campo de la producción ha pasado a manos de los propios países productores mediante sus políticas nacionalizadoras.

Exxon, la hermana más poderosa, con ventas de más de 42.000 millones de dólares en 1974, antigua Standard Oil of New Jersey; Socony Mobil Oil (Mobil), antigua Standard Oil of New York; Socony (Chevron), Standard Oil of California; estas tres provienen del Standard Oil Trust creado por Rockefeller en el pasado siglo (1882); Gulf Oil, obra de la familia banquera Mellon de Pittsburgh y data de comienzos de siglo; Texaco (Texas Oil Company) resultado de los hallazgos petrolíferos en el estado de Texas es una empresa nacida de la banca local tejana; Royal Dutch Shell (Shell), de capital privado anglo-holandés, competidora del grupo Standard desde el alumbramiento del negocio petrolero; British Petroleum (BP), nacida y estimulada por el almirantazgo inglés en momentos en que su escuadra, reina de los mares, abandonaba el carbón como combustible a cambio del «mazut». El capital de la BP es mayoritariamente del Estado aunque su manejo y dirección en nada se diferencian de una empresa privada.

(3) Cinco países fueron los miembros fundadores de la OPEP: Arabia Saudita, Irak, Irán, Kuwait y Venezuela. En la actualidad sus miembros son trece: Arabia Saudita, Argelia, Ecuador, Emiratos Arabes Unidos, Gabón, Indonesia, Irak, Irán, Kuwait, Libia, Nigeria, Qatar y Venezuela.

Evolución del consumo de petróleo en algunos países

Países	1950	1960	1970
Estados Unidos	325,0	483,9	689,9
Japón	2,0	30,5	194,7
Alemania R. F.	4,4	33,6	128,6
Francia	11,0	28,1	93,5
Italia	5,9	24,0	89,5
Reino Unido	17,2	50,0	103,6
Canadá	17,9	42,9	72,0
España	1,5	5,4	28,4
Holanda	3,6	13,0	36,5
Australia	5,2	11,3	25,4
Bélgica-Luxemb.	2,3	8,1	28,0
Suecia	4,8	12,7	29,8
Totales	400,8	743,5	1.519,9

Unidad: millón de toneladas.

Fuente: CAMPSA, Anuario Español de Petróleo 1978, p. 24, c. 1,4.

Algo similar aunque sin llegar a cifras tan exageradas tuvo que suceder en los países comunistas. Se carece de datos suficientes acerca de no pocos de ellos, aparte de que su participación en la reciente historia petrolera ha sido marginal y poco relevante.

Comparativamente el crecimiento de los EE. UU. finge ser el más moderado, pero su realidad es tan dispar que esta sola nación consume casi un tercio de la producción mundial y ya en 1969 desbordaba las tres toneladas por habitante/año (4).

Para el año 1970, la potencialidad de la oferta apenas superaba a la demanda en un millón de barriles por día. Se trata de un año clave en la historia petrolera mundial. A mediados de ese año un bulldozer rompió el oleoducto Tapline (Trans-Arabigan-Pipeline) que bombeaba unos 500.000 barriles diarios desde Arabia Saudita hasta el Mediterráneo (puerto de Sidón) a través de Jordania, Siria y Líbano. Siria se opuso a su reparación inmediata y mientras esta avería se producía en el Oriente Medio, Libia decidió por razones técnicas bajar su producción en cerca de medio millón de barriles diarios. Enseguida, los precios petrolíferos del mercado (precios de realización) comenzaron a subir y en septiembre y octubre lo hacían de forma clara e irresistible. En los mercados «spot» de Nueva York, Rotterdam y Génova los precios se habían colocado por encima de los de referencia. Las grandes compañías estaban ganando mucho y de estos beneficios adicionales no participaban los países exportadores (5).

(4) En una de sus más recientes declaraciones Ahmed Zaki Yamani, ministro de Petróleo de Arabia Saudita, se lamenta de que el despilfarro a pesar de los precios crecientes no se contiene y así observa que el consumo per cápita en USA ha subido de 3,2 toneladas (1968) a 4,1 toneladas diez años más tarde; en Japón de 1,35 a 2,32 y en Europa Occidental de 1,45 a 1,87. (Diario «Herald Tribune - International Edition», París, 18 de octubre de 1979, p. 1.)

(5) Recuérdese que el cálculo de los ingresos fiscales petroleros de los países exportadores toma como base el precio de referencia. En el año de 1970, este precio seguía siendo de 1,80 dólares/barril.

Mercado «spot» es un mercado donde se compra petróleo crudo y sus derivados de una manera directa, rápida, con entrega inmediata. Sus precios

Al término de ese año se reunió la OPEP en Caracas precisamente en los días en los que el Congreso de Venezuela subía la tasa del impuesto sobre los beneficios de las compañías (60 %) y tomaba la decisión de que el Gobierno fijara unilateralmente (sin consulta con las compañías) los «valores de exportación», nueva base del cálculo de los ingresos fiscales petroleros. La indicada Conferencia de la OPEP aumentó en un 5 por 100 el impuesto sobre la renta neta de las compañías petroleras (del 50 % pasó al 55 %) y adoptó entre otros los objetivos de la eliminación de las disparidades entre los precios cotizados y de un ajuste por gravedad API. Algunos de sus miembros se informaron con gran interés de lo que acontecía en el Congreso venezolano (6).

UN PROBLEMA MAS: LA CRISIS DEL DOLAR

A partir de este año 1970, histórico bajo el punto de vista petrolero, los precios de referencia de los crudos fueron subiendo debido sobre todo a las devaluaciones del dólar y a la presión constante de la demanda. Véase el siguiente cuadro acerca de las variaciones de los precios de referencia hasta comienzos de octubre de 1973 (7):

son más elevados y el volumen de transacciones suele oscilar entre un 3 por 100 y un 5 por 100 del mercado petrolero internacional. Es considerado como un mercado marginal.

Las grandes compañías son empresas verticalmente integradas, es decir, que abarcan todo el circuito de los hidrocarburos desde su exploración hasta su venta al detalle, desde la inspección geológica sobre el terreno hasta el llenado de los depósitos de los coches en la gasolinera. Los precios de compra-venta dentro de sí mismas (precios de transferencia), tan confidenciales como sofisticados no responden sino al máximo beneficio fiscal al nivel máximo de la empresa matriz con sede en Londres, Nueva York, etc. No era infrecuente, por tanto, que las empresas filiales declarasen en el país productor un precio de referencia inferior al verdadero. Y en el caso que comentamos era evidente que los precios de realización estaban siendo encubiertos a los países productores.

(6) Los ingresos fiscales petroleros de un país exportador de petróleo provienen primordialmente del impuesto sobre la renta neta anual de las compañías y de la tasa por concepto de «regalía» (royalty). Esta última consiste en un derecho del Estado sobre un porcentaje del volumen del petróleo producido en una concesión. Si el Estado es el único propietario en forma exclusiva e intransferible de las riquezas del subsuelo, sólo por «concesión» ellas son explotables por otros que no sean el Estado. En razón de esta concesión, el Estado se reserva el derecho sobre una parte del petróleo producido que generalmente ha oscilado según países entre un 12 por 100 y un 18 por 100. Este volumen de petróleo puede ser recibido en especie o en dinero equivalente, tomando como base de cálculo los precios de referencia o los valores de exportación en el caso venezolano a partir de enero de 1971. La regalía petrolera es contabilizada como costo por las compañías petroleras. Restados los costos totales (regalía, sueldos y salarios, depreciación y amortización, etcétera) a los ingresos brutos teóricos (calculados también en base a los precios de referencia o valores de exportación según sea el caso) queda la renta neta gravable por medio del llamado «impuesto sobre la renta petrolera» en favor del Estado exportador. La suma de este impuesto y la regalía constituyen la participación fiscal del Estado petrolero.

(7) Se trata de precios de referencia para el tipo de crudo «árabe ligero» de 34 grados API puesto en Ras Tanura (puerto de embarque). El valor de los crudos varía según diversos factores, pero el más conocido y destacado es el que se relaciona con su densidad que se mide en grados API (conforme a una fórmula ideada por el American Petroleum Institute). Cuantos más grados API tenga un crudo éste es más liviano y su precio más alto ya que en su

Precios de referencia para el crudo «árabe ligero»

1957-1958	2,08	Dólar/barril
febrero 1959	1,90	» »
agosto 1960	1,76	» »
sept. 1960-1970	1,80	» »
15 febrero 1971	2,18	» »
1 junio 1971	2,29	» »
20 enero 1972	2,48	» »
1 enero 1973	2,59	» »
1 abril 1973	2,74	» »
1 junio 1973	2,90	» »
1 agosto 1973	3,07	» »
1 octubre 1973	3,01	» »

Fuente: JENKINS, *Oil Economists' Handbook*, Applied Science Publishers Ltd., London 1977, p. 130, c. 48.

En el cuadro anterior están los precios de referencia. Para un cálculo aproximado de los precios de realización hay que restarles el 40 por 100 y añadirle luego los costos aproximados y los beneficios razonables para las empresas. Aplicando el porcentaje del 40 por 100 y unos costos más beneficios de unos 30 a 40 centavos de dólar por barril vendido obtendríamos un precio aproximado de realización en puerto de embarque que oscilaría entre 1,40 dólares/barril en el caso de 1,80 dólares/barril y 2,16 dólares/barril en el caso de 3,07 dólares/barril.

En cumplimiento de lo acordado por la Conferencia de la OPEP en Caracas, y nueve horas antes de la medianoche, hora límite fijada, las compañías petroleras firmaron el 14 de febrero de 1971 en Teherán (Irán) un acuerdo de cinco años (1971-75) con los estados petroleros del Golfo Pérsico (8). El precio de referencia del crudo «árabe ligero» subió de 1,80 dólares/barril a 2,18 dólares/barril. Se estableció un aumento adicional del 2,5 por 100 desde el 1 de junio de ese mismo año y en ese mismo porcentaje irían creciendo los precios de referencia al comienzo de los años 1973, 74 y 75 con el fin de neutralizar el ascenso de los precios de los bienes industriales importados. En las mismas fechas se sumarían cinco centavos de dólar por barril con el fin de reflejar el crecimiento de la demanda petrolera. Las compañías aceptaron también el impuesto del 55 por 100 sobre su renta neta.

También de acuerdo a lo establecido por la Conferencia de la OPEP en Caracas, los países petroleros mediterráneos reunidos en Trípoli (Libia) llegaron a un arreglo con las compañías el 2 de abril de 1971 para subir los crudos promedios libios y argelinos hasta los 3,45 dólares/barril como precio de referencia. Esta diferencia de precios con los del Golfo Pérsico depende fundamentalmente de la calidad de los crudos y de su proximidad geográfica con los

refinación produce un porcentaje más elevado de gasolina. Se estima como crudo ligero todo aquel que supera los 30 grados API.

Se elige el llamado «árabe ligero» de 34 grados API como crudo marcador del precio base puesto que en relación a él se calcula el resto de la amplia gama de crudos desde los más livianos hasta los más pesados siempre que ellos interesen en los mercados.

Ras Tanura (Arabia Saudita) es el nombre del mayor puerto exportador de petróleo del mundo.

(8) Los países del Golfo Pérsico miembros entonces de la OPEP eran: Abu-Dhabi, Arabia Saudita, Irán, Irak, Kuwait y Qatar.

centros europeos de consumo (9). Ambos acuerdos, tanto el de Teherán como el de Trípoli iban a tener una duración de cinco años.

Tales esperanzas desaparecieron. Las devaluaciones del dólar (moneda de pago en el mercado petrolero) dieron al traste con los anteriores compromisos. Ya la crisis del sistema monetario internacional estaba fuera de control. El 15 de agosto de 1971 el presidente Nixon anunció la inconvertibilidad del dólar con el oro hasta entonces vigente (10). Entre el 1 de enero y el 15 de agosto de 1971, el saldo negativo de la balanza de pagos norteamericana había desbordado la increíble suma de los 20.000 millones de dólares. Desde 1960 sus reservas de oro no eran ya capaces de responder a los dólares en manos externas. En noviembre de 1971 las reservas en oro de los EE. UU. equivalían a 10,2 miles de millones de dólares contra 60,7 miles de millones de dólares fuera del país. En vísperas de la Navidad de ese año, días 17 y 18 de diciembre, se llegó en Washington a un ajuste de las «paridades» monetarias. El dólar fue devaluado respecto al oro aproximadamente en un 8 por 100 (7,89 %) y a cambio se aceptó su inconvertibilidad. En consecuencia, aumentaba el precio oficial del oro de 35 a 38 dólares la onza Troy (11). Se evidenciaba así la «po-

(9) No solamente los crudos argelinos y libios se beneficiaban del acuerdo de Trípoli, sino también los crudos bombeados a puertos del Mediterráneo a través de oleoductos desde Irak y Arabia Saudita. Las dos terceras partes del Petróleo irakí fluyen al Mediterráneo oriental para su exportación.

La calidad comercial del crudo depende tanto de su alta graduación API como de su limpieza, de su bajo contenido de azufre (de 0 a 1 por 100). El azufre es un contaminante de la atmósfera y los crudos argelinos, libios y nigerianos apenas tiene azufre. Son petróleos «dulces» (no ácidos). Por ésto y por su baja densidad son tan apreciados y sus precios son los más elevados en los mercados internacionales.

(10) El actual sistema monetario internacional nació en julio de 1944 y entró en vigor el 27 de diciembre de 1945. De inspiración predominantemente norteamericana y no tanto inglesa (Keynes) surgió en Bretton Woods, lugar apacible del estado de New Hampshire (USA). Los países miembros del Fondo Monetario Internacional (FMI), creación institucional del sistema, establecían sus tipos de cambio en relación con el oro o con el dólar (paridad). Los EE. UU. se comprometían a comprar o vender oro a cambio de dólares conforme a un tipo fijo (35 dólares la onza Troy de 31,1034 gramos/oro fino). Esta relación recibió el nombre de libre convertibilidad del dólar norteamericano. Su garantía no era otra sino las reservas de oro en poder de los EE. UU. que a 31 de diciembre de 1944 ascendían a 20.631 millones de dólares, un 65 por 100 del total del mundo no comunista.

(11) Los acuerdos de Bretton Woods habían dejado establecido un único mercado del oro tanto para privados o particulares como para los Bancos Centrales de los diferentes países. Estados Unidos se había comprometido a cambiar sus dólares en el exterior por oro al tipo fijo de 35 dólares la onza Troy. En 1958 los principales países europeos, habiendo alcanzado un nivel creciente de desarrollo y de exportación adoptaron la libre convertibilidad de sus monedas respectivas. El dinero USA afluyó en cantidades crecientes hacia Europa y empezó a crear grandes tensiones monetarias y también sobre el oro. De esta forma a fines de 1961, EE. UU., Reino Unido, Francia, Alemania R. F., Italia, Bélgica, Holanda y Suiza constituyeron el llamado «pool del oro» con el fin de regularizar y controlar el mercado privado de este metal al mismo precio de 35 dólares/onza. Pero las reservas de oro de los EE. UU. guardadas celosamente en Fort Knox habían bajado en diez años (1957-1967) en más de 10.000 millones de dólares. A comienzos de 1968 la especulación sobre el oro (sus compras con vistas a su venta a otro tipo de cambio) forzó a los países del pool a disolverlo (17 de marzo de 1968), anunciando al mismo tiempo un doble mercado para el oro, el oficial (entre Bancos Centrales) a 35 dólares/onza y el privado cuyo precio seguiría las fluctuaciones de la oferta y la demanda. Cuando en diciembre de 1971 se devaluó el dólar respecto al oro y el precio de éste sube de 35 a 38 dólares/onza, este cambio se refiere al pre-

lítica del dólar» cuyos objetivos serían: 1 — demonetización del oro; 2 — creación de una moneda internacional vinculada al dólar y no al oro; 3 — aceptación irremediable del dólar como moneda de reserva internacional, dada su afluencia externa; 4 — flotación de los tipos de cambio con la ilusión de que el dólar ocupe el centro estable a cuyo alrededor suben y bajan las demás monedas.

Esta devaluación del dólar con respecto al oro (7,89 %) puso sobre la mesa de nuevo el problema de los precios petroleros cotizados en dólares. La iniciativa de la negociación la llevaron los países productores del Golfo Pérsico que convocaron a las compañías petroleras para el 10 de enero de 1972 en Ginebra. Bastante complejo el problema, ya que las divisas de mayor circulación comercial con el Oriente Medio en aquellos años venían siendo (aparte del dólar) la libra esterlina y el franco francés. Como estas dos monedas no habían cambiado su relación con el oro y éste se había revalorizado respecto del dólar, la relación de éste con aquellas había cambiado las paridades de 0,4166 a 0,3838 de una libra por un dólar y de 5,554 a 5,116 francos por un dólar. Es decir, el dólar se había desvalorizado con respecto a la libra esterlina en un 8,57 por 100 y con respecto al franco francés en un 7,75 por 100, diferencia explicable por el diverso contenido en oro de las respectivas monedas (12). Por fin, en la noche del día 20 de enero países petroleros y compañías llegaron al arreglo de un 8,49 por 100 de aumento en los precios de referencia del petróleo, aparte los aumentos periódicos previstos en el acuerdo de Teherán. (Véase más arriba.) El precio de referencia del crudo árabe ligero de 34 grados API en Ras Tanura subió a 2,48 dólares/barril.

Conviene subrayar que el precio de costo para las compañías (incluida la participación fiscal del país productor) no era el de referencia. En concreto, en este tipo de crudo su precio para las compañías era de 1,55 dólares/barril (13).

cio oficial establecido entre los Bancos Centrales de los diferentes países. En realidad, la inconvertibilidad del dólar decretada por Nixon unos meses antes (15 de agosto de 1971) había congelado prácticamente el mercado oficial del oro y su revaluación posterior en relación al dólar tuvo como principal función la de ser norma «objetiva» de la variación de los tipos de cambio establecidos entre las monedas por su diferente contenido teórico en oro.

(12) Podrá precisar el lector el hecho económico si fija la atención en el cuadro siguiente:

Moneda	Variación con ref. al oro en %	Paridades ref. al dólar		Baja del dólar ref. a las dif. monedas en %
		antigua	nueva	
Yen (Japón)	más 7,66	360	308	—16,88
Marco (Alemania)	» 4,61	3,66	3,2230	—13,57
Florín (Holanda)	» 2,76	3,62	3,245	—11,57
Franco belga	» 2,76	50	44,81	—11,57
Libra esterl.	no camb.	0,4166	0,3838	— 8,57
Franco francés	» »	5,554	5,116	— 7,75
Lira (Italia)	—1	625	581,5	— 7,49
Dólar (USA)	—7,89	1	1	—

(13) Desglose del precio de referencia del crudo «árabe ligero» de 34 grados API entregado en Ras Tanura (puerto de embarque de Arabia Saudita) conforme a lo establecido en la Conferencia de la OPEP en Ginebra (20 de enero de 1972):

A — Precio de referencia	2,478	dól./b.
B — Regalía del 12,5 %	0,309	» »
C — Costo estimado	0,115	» »

El acuerdo sobre compensación a la devaluación del dólar, supuso un aumento referencial de 19 centavos de dólar por barril para el área del Golfo Pérsico y de 22 centavos para los crudos que salen por el Mediterráneo oriental.

En conformidad con el acuerdo de Teherán los precios de referencia se ajustaron al alza a partir del 1 de enero de 1973 en un 2,5 por 100 más cinco centavos de dólar por barril como elemento indicativo de la demanda creciente. El precio marcador pasó de 2,48 a 2,59 dólares/barril. (Once centavos de dólar por barril.)

Pero el dólar seguía enfermo y los EE. UU. decidieron el 12 de febrero de 1973 devaluarlo otra vez y en un 10 por 100 con el fin de paliar la crisis monetaria internacional que ellos mismos habían provocado y seguían alimentándola. La devaluación norteamericana se produce mediante un aumento del precio oficial del oro de 38 dólares a 42,22 dólares la onza Troy. Esta es la segunda devaluación del dólar en menos de año y medio. Tanto el elevado superávit comercial externo de Alemania Occidental como el déficit no previsto (6.500 millones de dólares) de la balanza de mercancías de los EE. UU. en 1972 sin olvidar el movimiento abrumador de dólares especulativos hacia Alemania precipitaron al sistema monetario internacional en una especie de caos (14).

Frente a un dólar devaluado por segunda vez y unos tipos de cambio flotantes, los precios petroleros de referencia se ajustaron al alza en un promedio del 11,9 por 100 entre los meses de abril y junio de ese año. Debido a esta estructura monetaria inestable y a la demanda energética presionando sin desmayo sobre el mercado, los países petroleros optaron por revisar mensualmente sus precios de referencia. (Puede verse más arriba el cuadro de precios desde 1957 hasta el 1 de octubre de 1973).

SITUACION POLITICA EXPLOSIVA

Nos encontramos ya en octubre de 1973 y en su primera semana, el día 6, comienza la guerra árabe-israelí del Yon Kippur. Para el 8 de octubre se había fijado con más de un mes de antelación la ronda de conversaciones entre los países del Golfo Pérsico y las compañías que operan en aquella región. Era conocida la posición de los países productores del Golfo Pérsico sobre la necesidad de revisar definitivamente los acuerdos ficticios e inoperantes de Teherán y Trípoli y de poner orden en un mercado sin reglas, puesto que la inflación era muy superior a la prevista, la inestabilidad del dólar preocupante y los precios de los productos derivados por refinación a partir de los crudos eran

D — Impuesto del 55 %	...	...	...	...	...	1,129	dól./b.
E — Parte del gobierno (B más D)	...	...	...	...	...	1,438	" "
F — Precio para la Cía. (C más E)	...	...	...	...	...	1,553	" "

Fuente: ZANONI, José Rafael, **LA OPEP y los precios del petróleo**, Caracas 1979, página 103.

(14) Se abandona el sistema de paridades fijas y se adopta el de la flotación de las principales monedas. Algunas de éstas como la libra, la lira, el yen, el franco suizo, etc., flotan (suben o bajan según demanda y oferta) de forma flexible y unilateral. Seis países de la Comunidad Económica Europea más dos de fuera de ella se comprometieron a que sus monedas flotarían conjuntamente frente a las demás manteniendo entre ellas unos límites de fluctuación del 2,25 por 100. Esta flotación conjunta recibió el nombre de «serpiente monetaria». Previamente, Alemania revaluó el marco en cerca de un 3 por 100. Las monedas en flotación conjunta eran el marco alemán, el franco francés, el franco belga, el franco luxemburgués, el florín holandés, la corona danesa, la corona noruega y la corona sueca. Dado el vigor del marco alemán, éste volvió a revaluarse en un 5,5 por 100 (29 de junio de 1973).

muy superiores a los estimados razonables, lo que significaba que las compañías estaban obteniendo ganancias desmesuradas (15).

Pueden verse los índices de inflación de los principales países en el siguiente cuadro:

Índices de inflación

Crecimiento de los precios implícitos del P. N. B.

Países	(media)				
	1959-69	1970	1971	1972	1973
EE. UU.	2,2	5,5	4,7	3,2	5,6
Reino Unido	3,3	7,7	8,5	6,7	7,3
Francia	4,1	5,7	5,5	5,7	7,3
Alemania R. F.	2,9	7,3	6,7	6,1	5,8
Italia	3,8	6,3	5,7	6,0	10,5
Canadá	2,6	4,1	3,7	4,6	7,6
Japón	4,6	6,7	4,0	4,6	12,0
Conjunto OCDE	2,9	6,0	5,2	4,4	7,5
España	5,6	5,2	8,1	8,8	10,6

Fuente: Banco de Bilbao, Informes Económicos 1971 (p. 141) y 1974 (p. 168).

Por los acuerdos de Teherán y Trípoli el índice inflacionario previsto había sido del 2,5 por 100, fundado en el promedio norteamericano de la década de los sesenta. Fue aplicado en 1971 y también a comienzos de 1973. Lo acordado significaba que en 1974 y 1975 regiría idéntico porcentaje. Los índices de inflación de 1971, 1972 y 1973 en los principales países dejaban bastante atrás las estimaciones hechas y aceptadas como válidas en aquellos acuerdos entre compañías y países petroleros del Golfo Pérsico y del Mediterráneo. Sumado el resto de los factores perturbadores, todo ello hacía que las subidas de los precios de referencia fueran a remolque de los sorpresivos precios al consumidor en los derivados del petróleo.

Al término de una semana de propuestas y contrapropuestas las compañías solicitaron un receso de dos semanas. La declaración conjunta de las empresas razonó su petición: «Puesto que las compañías consideran que los cambios (en los precios de los crudos) en discusión tendrán consecuencias excepcionalmente serias y profundas, no solo para las compañías sino para la economía mundial en general, solicitan un tiempo que les permita estudiar y discutir la situación más a fondo.» (Versión transmitida en aquellos días por las agencias UPI y AP.)

Los acontecimientos se precipitaron. Unos días antes del **impasse**, Kuwait anunció que convocaba a una inmediata reunión de ministros árabes del petró-

(15) A comienzos de septiembre de 1973 el Primer Ministro de Libia, Mayor Abd al-Salam Jallud hizo extensas e importantes declaraciones en relación al petróleo. Fue entonces cuando mencionó la posibilidad y justicia de una participación de 10 dólares/barril explicando: «Si una compañía obtiene 25 dólares/barril de productos, ciertamente el productor tiene derecho de tomar hasta 10 dólares/barril.» El argumento es evidente. Nada podría justificar que mientras los consumidores paguen precios cada vez más elevados por los productos del petróleo, los dueños del petróleo, los dueños del petróleo mismo, que es lo valioso, no eleven la participación correspondiente en la liquidación de tan apreciada pero limitada riqueza natural. (Cita y comentario del conocido experto petrolero venezolano Juan Pablo Pérez Alfonso expresado en su rueda de prensa del 3-XI-73 y recogido por la revista SIC, Caracas, enero 1974, p. 43).

leo, para discutir el papel de este combustible como arma política en el conflicto árabe-israelí. Sin embargo, dos partes bien diferenciadas absorbieron la atención de los reunidos. En la primera se trató sobre la fijación unilateral de los precios petroleros (Venezuela lo venía haciendo desde diciembre de 1970) y su cuantía en base a la equivalencia en precios con otras fuentes energéticas no renovables como el carbón. De esta forma se suponía también que la demanda sería frenada y declinaría su crecimiento. Esta primera parte de la reunión no fue propiamente política. A ella asistió el ministro de Finanzas de Irán, país no considerado tan árabe como los demás.

El 16 de octubre, primer día de la reunión, se estableció que en adelante el costo del crudo para las compañías no iba a estar sujeto a negociaciones sino determinado por los mismos países productores. Respecto a su cuantía se elevó en un 17 por 100 el precio de los crudos, pero el correspondiente al de mercado, precio superior al de referencia por aquellos días. Este precio base, teórico, de mercado se colocó en 3,65 dólares/barril. Además, a partir de esa fecha, el precio de referencia debería ser aproximadamente un 40 por 100 más alto que el del mercado tal como se venía observando más o menos antes de 1971. Para el crudo árabe ligero de 34 grados API, el precio de referencia se situó en 5,12 dólares/barril.

En la segunda parte de la reunión de Kuwait, sin participación del Irán, los países árabes anunciaron que se reduciría su producción de petróleo en un 5 por 100 mensual, tomando septiembre como mes de arranque, hasta que Israel se retire de los territorios ocupados en 1967 y se restauren los derechos de los palestinos.

Hasta aquí, en resumen, lo más sobresaliente de esta reunión acelerada. Además de la restricción programada de la producción, los gobiernos de los países árabes más poderosos por su potencialidad petrolera decretaron al poco tiempo un embargo de sus exportaciones de crudos a los EE. UU. y Países Bajos, cuyos gobiernos fueron considerados amigos de los judíos (16).

GANANCIAS «OBSCENAS»

En los mercados petroleros la situación llegó a ser tan confusa que incluso alguno de los países árabes no tuvo escrúpulos en beneficiarse económicamente vendiendo ciertas cantidades de su producción petrolera a precios muy por encima de los precios de referencia establecidos en Kuwait. Proliferó una especie de mercado negro que aprovecharon las empresas petroleras sobre todo las grandes, las «mayores».

Destaca su volumen de utilidades a través de los números concretos del siguiente cuadro:

(16) Conforme a la política árabe después de la encrucijada de Kuwait, cada país árabe exportador de petróleo había formado unas listas de países amigos, enemigos y neutros. Los amigos seguirían recibiendo petróleo según el promedio importado en los nueve primeros meses de 1973. (Naturalmente se entiende que se trata de las importaciones petroleras de procedencia árabe). Los enemigos no tendrían acceso al petróleo árabe y los neutros dependerían del mercado sin garantía especial alguna. Para Arabia Saudita, por ejemplo, los enemigos eran EE. UU., Países Bajos y Sudáfrica; los amigos: Francia, España, Reino Unido, Jordania, Líbano, Malasia, Pakistán, Túnez y Egipto; los neutros... el resto.

En marzo de 1974 los EE. UU. recuperaron el aprovisionamiento árabe (12 %) y en julio lo consiguieron los Países Bajos.

Ingresos netos de las siete mayores

(Las cinco americanas en millones de dólares; la BP y Shell en millones de libras)

Compañías	1972	1973	Aumento aprox. en %
Exxon	1.532	2.443	60
Texaco	889	1.292	45
Gulf	197	800	306
Mobil	574	849	48
Socal	547	844	54
Shell	282	730	159
BP	71	329	363

Nota: Ingreso neto para repartir, resultado de la cuenta de pérdidas y ganancias, pérdidas excepcionales y otras cargas.

Fuente: Petroleum Economist, 1972-75.

Deseosa de hallar un precio razonable en comparación al de otras fuentes de energía no renovable y de poner un orden en el alocado mercado petrolero se reunió oficiosamente la OPEP en Teherán (22 de diciembre de 1973) y fijó el precio de referencia del crudo árabe ligero de 34 grados API en 11,651 dólares/barril a partir del 1 de enero de 1974. La conferencia oficial de la OPEP que tuvo lugar en Ginebra (7-9 enero 1974) ratificó el acuerdo del 22 de diciembre y suprimió la relación aproximada del 40 por 100 entre el precio de referencia y el precio de costo para las compañías. (Véase más arriba la parte primera del acuerdo del 16 de octubre en Kuwait.)

¿Qué pasó con los precios petroleros en 1974? Ya no funcionaba el 40 por 100 aludido y las empresas petroleras seguían ganando muchísimo dinero. Durante el primer trimestre de 1974, la Exxon, la mayor del mundo, declaró 708 millones de dólares como utilidad neta. Añadió que la cifra podría haber sido más alta si no se hubiese creado una reserva especial. No dijo de cuánto era el fondo, pero algunos expertos lo estimaron en 400 millones de dólares. Texaco, la segunda norteamericana en tamaño, anunció que sus ganancias habían subido en un 123 por 100 en comparación con el primer trimestre de 1973 y un 30 por 100 de aumento con respecto a las del trimestre anterior (el último de 1973). Los beneficios de la Gulf fueron un 76 por 100 más elevados que los obtenidos el primer trimestre de 1973 y 60 millones de dólares más que los del último trimestre de ese mismo año. De tales ganancias informó la prensa internacional y un destacado miembro del Congreso de los Estados Unidos las calificó de «obscenas».

Antes de ahondar en este punto y sus consecuencias es obligado volver al año 1972 cuando algunos países del Golfo Pérsico (Arabia Saudita, Abu-Dhabi, Qatar y Kuwait) negociaron en Nueva York (1 junio 1972) con las compañías petroleras los «acuerdos de participación» como sustitutivos del sistema de concesiones. Los acuerdos entrarían en vigor el 1 de enero de 1973 con una participación del 25 por 100 de las acciones a nombre de los estados productores. Esta participación se iría ampliando a un ritmo anual del 5 por 100 desde 1979 para alcanzar el 51 por 100 en 1983. Con los acontecimientos de fines de 1973 y la política de nacionalización de las concesiones realizada por otros gobiernos más progresistas como Libia, Irak e incluso Irán, la proporción de participación subió al 60 por 100 en Kuwait (29 enero 1974). También Qatar firmó otro contrato similar (60/40) el 20 de febrero. Incluso Nigeria (país no signatario del convenio de Nueva York) había firmado un acuerdo de participación del 35 por 100 en junio de 1973 y el 1 de abril de 1974 comunicó que

había terminado sus negociaciones para una participación del 55 por 100. En junio, Aramco (Exxon, Socal, Texaco y Mobil) tuvo que ceder al 60 por 100 de participación en favor de Arabia Saudita. El consorcio Aramco maneja el 95 por 100 de la producción árabe-saudita (17).

Respecto de los precios de los crudos, estos acuerdos de participación son los que van a establecer muy eficazmente el tope mínimo básico de comercialización ya que Arabia Saudita producía entonces (1973) más de siete millones de barriles diarios de un total de la OPEP que rondaba los treinta millones de barriles diarios, es decir, la cuarta parte del petróleo producido por los países exportadores de crudos.

Al comienzo de 1974 el crudo «árabe ligero» de participación estaba valorado en 10,84 dólares/barril y el crudo similar de concesión en 7,01 dólares/barril (18). Supuesta una participación del 60 por 100, el precio promedio de entrega a las compañías habría sido de 9,34 dólares/barril. Pero las compañías optaron por mercadear los crudos a los precios de referencia establecidos por la OPEP, logrando en algunos casos venderlos a precios superiores a los dichos valores de índole fiscal. Con semejantes márgenes las compañías obtenían un beneficio promedio por barril no inferior a los cuatro dólares en algunos casos y no menos de dos dólares en cualquier circunstancia. «O sea que en lugar de vender un crudo (de concesión) árabe liviano, por ejemplo, a 7,40 dólares/barril, lo venden a un nivel igual a su precio cotizado (11,651 dólares/barril), con lo que se aseguran un margen adicional de ganancias del orden de los 4,25 dólares por barril y a veces hasta mucho mayor porque, inclusive, han logrado vender sus crudos a precios superiores a los cotizados.» (HERRERA NAVARRO, Ramón, **OPEP: Precios del petróleo y crisis energética**, Caracas 1974, página 58).

Es por esta coyuntura de ganancias incontroladas que todo ese año de 1974 va siendo marcado por las medidas de la OPEP con la meta de rebajar las ganancias de las empresas petroleras y de esta forma contrarrestar la campaña

17) En forma paralela a la tensión del mercado petrolero reflejada en sus precios e iniciada en 1970 se produce una irresistible secuencia de nacionalizaciones en los países exportadores de crudos. Argelia absorbe (24 de febrero de 1971) el 51 por 100 de la industria petrolera y el resto de capital no argelino (22 %) de las operaciones en el Sahara. Con fecha 7 de diciembre de 1971 el gobierno libio nacionaliza los intereses de la British Petroleum. Tras un año de conversaciones fue firmado en Teherán (24 de mayo de 1973) un contrato de nacionalización del 50 por 100 de la Bunker Hunt y desde el 1 de septiembre impuso el 51 por 100 de propiedad nacional a todo el sistema de concesiones aún vigente. Con motivo de la guerra de octubre, Irak nacionalizó los intereses petroleros americanos y holandeses (61,75 % en conjunto) de la Bassorah Petroleum Company (única concesión que se había escapado a la nacionalización promulgada el 1 de junio de 1972). En febrero de 1974, Libia decidió nacionalizar la totalidad de los intereses de tres compañías norteamericanas y de la británico-holandesa Shell que venían oponiéndose legalmente a la política del 51 por 100 (1 de septiembre de 1973). (Fuente: **Petroleum Economist**, 1971-1973).

(18) Precio de participación es el aplicado al crudo que el Estado recibe conforme a un contrato específico con las compañías y cuantitativamente consiste en el 93 por 100 del precio de referencia. El contrato de participación es una especie de nacionalización parcial por acciones que da derecho a las partes a las cantidades de crudo producido según sea el porcentaje participativo.

Precio de concesión es el aplicado al crudo que se vincula todavía a la antigua situación concesionaria. Por ejemplo, en el acuerdo de participación entre Arabia Saudita y las compañías que venían operando allí en forma concesionaria, al 60 por 100 de la producción se le aplica el nuevo precio de participación (es la parte participativa del gobierno) y al 40 por 100 restante, el antiguo precio de concesión (se rige por el sistema anterior).

de los EE. UU. ante la opinión pública mundial que acusaba de tan elevados y abusivos precios a los países exportadores de petróleo. (Discurso del presidente Ford ante la Asamblea de las Naciones Unidas el 18 de septiembre de 1974.) Conforme a esta estrategia, en Quito (15-17 junio) la OPEP elevó la regalía en dos puntos. Para Venezuela pasó a ser de un 18,66 por 100; para Ecuador de un 18 por 100 y para el resto de los países miembros de un 14,5 por 100. Esta subida de la regalía comenzó a regir desde el 1 de julio de ese año. Con la aplicación de los acuerdos de participación (60 %) más la regalía aumentada, el costo del crudo árabe ligero para las compañías se puso en 9,51 dólares/barril manteniéndose el de referencia en 11,651 dólares/barril. Los precios a nivel de los países consumidores no bajaron pero ya las compañías ganaban algo menos.

Como los precios en los mercados internacionales de petróleo seguían girando en derredor de los precios de referencia, la OPEP volvió a insistir y en su reunión de Viena (12 y 13 de septiembre) subió de nuevo la regalía en la mayoría de los países miembros (del 14,5 % al 16,7 %) y la tasa del impuesto sobre los beneficios de las compañías del 55 % al 65,7 %). En consecuencia, durante el cuarto trimestre el costo del árabe ligero para las compañías subió de 9,51 dólares/barril a 9,84 dólares/barril, es decir, un aumento de 33 centavos de dólar por barril mientras el precio de referencia seguía igual.

Antes de terminar el año la estrategia de estrechar el margen de ganancia de las compañías reunió en Abu-Dhabi (9 y 10 de noviembre) a tres de los seis países del Golfo Pérsico (Arabia Saudita, Qatar y Emiratos Arabes Unidos) que decidieron bajar el precio de referencia (de 11,65 a 11,25 dólares/barril), aumentar la regalía (de 16,67 % al 20 %) y la tasa del impuesto sobre los beneficios (de 65,7 % a 85 %). La aplicación en forma retroactiva regiría a partir del 1 de noviembre para los tres países firmantes. El costo para las compañías del árabe ligero subió de 9,84 a 10,24 dólares/barril. La diferencia entre éste y el precio de referencia se había reducido a un dólar. Estas medidas fueron aceptadas por la OPEP en Viena (12 y 13 diciembre) y serían vigentes para todos los miembros desde el 1 de enero de 1975. «La preocupación fundamental de la Conferencia fue llevar a los consumidores y a la opinión pública mundial una demostración clara de los abusos que continuaban imponiendo los consorcios transnacionales con sus precios de reventa. Continuaban aprovechando la confusión de los llamados precios de referencia y era conveniente comenzar a corregir la situación dañosa para los miembros de la OPEP. Este sentido de la acción de la OPEP lo señaló con gran acierto una revista de autoridad y amplia circulación mundial. (*L'Express*, 29-12-74 - 23). Esa publicación tituló su análisis: «El gesto de la OPEP - la Conferencia de Viena ha reconocido la solidaridad de productores y consumidores y, desde ahora, ve más allá del precio del petróleo.» [PEREZ ALFONZO, Juan Pablo, rev. SIC, Caracas, marzo 1975, página 141.] (19).

(19) Juan Pablo Pérez Alfonzo (13 dic. 1903 - 3 sept. 1979) ha sido la figura venezolana más influyente en la política petrolera de su país. Hombre extraordinario, de una gran visión, ocupó el cargo de ministro de Fomento en el gobierno Rómulo Gallegos (1945-1948) y el de ministro de Minas e Hidrocarburos en el de Rómulo Betancourt (1959-1964). El diario «New York Times» le puso el sobre-nombre de «padre de la OPEP» por sus iniciativas en el nacimiento de esta organización de los países exportadores de petróleo. Cuando Nasser convoca en El Cairo al I Congreso Petrolero Árabe (abril 1959), fueron invitados dos países no árabes, Irán y Venezuela. (Recuérdese que los precios petroleros sufrieron una reducción del 10 por 100 en febrero de ese año). Con motivo de este congreso, Pérez Alfonzo conoció a Abdullah Tariki, Director de la Oficina de Asuntos Minerales y Petroleros del Reino de la Arabia Saudita. Ambos personajes, el venezolano y el saudita de mutuo acuerdo llevaron a los demás participantes a la firma de un Acuerdo de Caballeros. Conforme a

El cuadro comparativo de los ingresos netos de las siete mayores en 1973 y 1974 muestra el impacto de la estrategia utilizada por la OPEP para reducir las ganancias de las compañías. Conviene aquí subrayar que la eficacia de esta política petrolera encontraba el apoyo necesario en la disminución de la demanda petrolera en 1974, acontecimiento inédito desde el inicio de la segunda guerra mundial. A las compañías no les convenía repercutir el costo al nivel del consumidor.

Ingresos netos no repartidos de las siete mayores

(Las cinco americanas en millones de dólares; la BP y Shell en millones de libras)

Compañías	1972	1973	Aumento		
			aprox. en %	1974	Aumento aprox. en %
Exxon	1.532	2.443	60	3.119	24
Texaco	889	1.292	45	1.586	23
Gulf	197	800	306	1.065	33
Mobil	574	849	48	1.047	23
Socal	547	844	54	970	15
Shell	282	730	159	1.161	59
BP	71	329	363	487	48

Nota: Ingreso neto para repartir, resultado de la cuenta de pérdidas y ganancias, pérdidas excepcionales y otra cargas.

Fuente: Petroleum Economist, 1972-1975.

FRENO Y ACELERADOR

¿Cómo reaccionaron en la práctica los países consumidores de petróleo importado enfrentados a los nuevos precios tan por encima de los anteriores? Bajaron la demanda deprimiendo la producción mediante una política económica recesiva. En el cuadro de porcentajes del crecimiento anual del Producto Nacional Bruto (PNB) en los principales países de la OCDE se aprecia esta política:

Crecimiento anual del PNB en %

Países	1971	1972	1973	1974	1975
EE. UU.	2,7	6,1	5,9	-2,1	-1,8
Japón	6,7	9,6	10,2	-1,8	2,1
Francia	5,1	5,5	6,0	3,9	-1,2
Alemania R. F.	2,8	3,0	5,3	0,4	-3,2
Italia	1,1	3,5	6,0	3,2	-3,7
Reino Unido	1,4	3,0	5,3	0,1	-1,8
Total OCDE	3,5	5,7	6,3	-0,1	-1,2

Fuente: Banco de Bilbao, Informe Económico 1976, p. 17.

este pacto convinieron los firmantes en tomar una acción común en el caso de que las compañías petroleras redujeran los precios de referencia de los crudos. Al producirse en agosto de 1960 una baja adicional del 5 por 100, el Acuerdo de Caballeros urgió a una acción solidaria que constituyó la OPEP en Bagdad (Irak), el 14 de septiembre de 1960.

Un problema preocupante derivado de la recesión, extendido en mayor o menor grado sobre la mayoría de los países de la OCDE, fue el del desempleo: Quince millones de parados en el conjunto de la OCDE, el 5,5 por 100 de la población activa; en Dinamarca un 13,8 por 100; en el Reino Unido un 4,7 por 100; en Bélgica un 5,3 por 100; en los EE. UU. un 8,6 por 100; en Alemania un 4,9 por 100; en Japón un 1,93 por 100 (20).

La baja correspondiente en el consumo de petróleo en algunos países industriales aparece en 1974 y 1975, años de recesión:

Consumo de petróleo en algunos países industriales

Países	1971	1972	1973	1974	1975
EE. UU.	719,3	775,8	818,0	785,4	754,3
Japón	219,7	234,3	268,3	261,1	232,7
Alemania R. F.	133,5	140,9	149,7	134,4	128,8
Francia	102,8	114,1	127,3	120,1	107,5
Italia	93,8	98,2	103,6	100,7	99,6
Reino Unido	103,1	109,7	113,4	105,8	93,2
Canadá	75,8	79,3	83,7	88,1	89,1
España	30,9	32,6	39,2	41,1	42,6
Holanda	36,0	40,1	41,3	35,4	34,2
Australia	25,9	26,2	28,1	29,2	28,8
Bélgica-Luxemb.	28,4	31,1	31,5	27,5	26,7
Suecia	28,3	28,6	29,4	27,3	26,6
Totales	1.597,5	1.710,9	1.833,5	1.756,1	1.664,1

Unidad: millón de toneladas.

Fuentes: JENKINS, Gilbert, o. c., p. 87. CAMPSA, o. c. p. 24, c. 1,4.

Nota: Las cifras correspondientes a 1975 provienen del citado Anuario Español de Petróleo y representan el consumo total bruto (incluidos suministros a buques extranjeros y consumos y pérdidas de refinerías). Las referentes a años anteriores están tomadas de JENKINS y cuantifican el consumo neto de petróleo.

(20) La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) nació en París el 14 de diciembre de 1960 con la finalidad de promover políticas económicas entre los países miembros que les condujera a un mejor **standard** de vida con oportunidades de empleo para todos sus ciudadanos mediante un crecimiento económico sostenido y una expansión del comercio multilateral no discriminatorio. Sus miembros de pleno derecho a fines de 1976 eran: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Islandia, Italia, Japón, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Federal de Alemania, Suecia, Suiza y Turquía. Como miembro asociado, Yugoslavia.

Llama la atención que los únicos países que no bajaron su consumo en 1974 y 1975 fueron Canadá y España. Si Canadá tiene excusa ya que es más que autosuficiente en materia petrolera, el caso de España prueba su falta de conciencia práctica frente al problema. Eran los años finales del antiguo régimen político y éste prefirió continuar su marcha económica como si al país apenas le afectara el entorno económico mundial.

Números negativos en el crecimiento y su consecuencia social en el desempleo; baja en el consumo de petróleo; hasta aquí los cuadros expuestos. Falta el correspondiente a la inflación que completa el panorama estructural de la situación recesiva:

Indices de Inflación

(Crecimiento de los precios implícitos del PNB)

Países	1971	1972	1973	1974	1975
EE. UU.	4,7	3,2	5,6	10,3	9,3
Reino Unido	9,0	6,7	7,3	12,5	27,3
Francia	5,0	5,7	7,3	11,1	14,0
Alemania R. F.	7,6	6,1	5,8	6,8	8,1
Italia	6,9	6,0	10,5	16,9	17,5
Canadá	3,3	4,6	7,6	13,8	10,8
Japón	4,3	4,6	12,0	21,1	7,1
Conjunto OCDE	5,3	4,4	7,5	12,2	10,6
España	8,1	8,8	10,6	13,9	16,5

Fuente: Banco de Bilbao, Informes Económicos 1973 (p. 139) y 1976 (p. 156).

¿Por qué se generalizaron los índices inflacionarios en cifras de dos dígitos? Quizá entre los principales instigadores haya que enumerar sobre todo el conflicto entre los diferentes grupos sociales por conservar sus ganancias constantes (nadie quiere a las buenas «apretarse el cinturón»), el aumento del costo del crédito para las empresas, la baja en la demanda interna y en la inversión sin expectativas de ganancias y el alza general de las materias primas provenientes del exterior, particularmente del petróleo, para cuyo pago hay que movilizar ingentes sumas adicionales de dólares sin respaldo en el crecimiento del PNB de los países industriales. El reciclaje de los «petro-dólares» (dólares fuera de los EE. UU. y en manos de los países exportadores de petróleo) desarrolla un flujo de importaciones de todo género (bienes de consumo y de capital) realizadas por los poseedores de los dólares petroleros contra facturas infladas compensatorias en favor de los países industriales. Como algunos países petroleros a quienes sobran excedentes, son países físicamente incapaces de gastar todo lo que ingresan, éstos son estimulados a depositar sus dólares sobrantes en instituciones de ayuda, bancos y entidades financieras de amplio prestigio y cobertura transnacional. Todo este movimiento de capital y pagos abultados favorece y tolera la inflación de costos nacionales, ya de antiguo iniciada, a la vez que por la misma dinámica inflacionaria de estas características, no elimina la desocupación de factores, especialmente de la mano de obra (21).

(21) De unos ingresos petroleros de unos 8.000 millones de dólares en 1970, los países de la OPEP saltaron a los 22.500 millones en 1973. La evolución de estos ingresos entre 1973 y 1976 según estimación en números redondos de

Por algunas de estas razones de política económica, la OPEP reunida en Viena (24-27 septiembre 1975) aumenta los precios petrolíferos en un 10 por 100 con el fin primordial de compensar la inflación. El precio de referencia del árabe ligero sube de 11,25 a 12,38 dólares/barril y su costo a las compañías varía de 10,24 a 11,27 dólares/barril (vigente el 1 octubre 1975).

En breve: Durante 1974-1975 bajó la demanda mundial de crudos, hubo recesión e inflación a un mismo tiempo y en defensa de sus intereses la OPEP elevó los precios con el compromiso de congelarlos a lo largo de nueve meses hasta el 30 de junio de 1976.

FIN DE LA PRIMERA PARTE

En forma cronológica el presente estudio hace un esfuerzo por presentar el desarrollo compulsivo de una situación de escasez petrolera que las grandes compañías explotadoras habían venido encubriendo en los años inmediatos a la crisis ya que sus mayores beneficios procedían de la vertiente productora. Después del estallido todavía se perdió un tiempo precioso en discusiones so-

la revista «Petroleum Economist» (julio 1977, p. 247) puede apreciarse a continuación en millones de dólares:

Evolución de los ingresos petroleros (en millones de dólares)

Países OPEP	1973	1974	1975	1976
Arabia Saudita	4.340	22.600	25.700	33.500
Irán	4.100	17.500	18.500	22.000
Irak	1.840	5.700	7.500	8.500
Venezuela	2.670	8.700	7.500	8.500
Kuwait	1.900	7.000	7.500	8.500
Nigeria	2.200	8.900	6.600	8.500
Libia	2.300	6.000	5.100	7.500
Emiratos Arabes Unidos	900	5.500	6.000	7.000
Indonesia	950	3.300	3.850	4.500
Argelia	900	3.700	3.400	4.500
Qatar	410	1.600	1.700	2.000
Gabón	—	700	800	800
Ecuador	—	700	550	800
Totales	22.500	91.900	94.700	116.000

Según el Morgan Guaranty Trust (citado por ZANONI, José Rafael, o. c., página 132), los excedentes globales de la OPEP en los años 1974-76 en millones de dólares y redondeadas las cifras fueron por países los siguientes:

Arabia Saudita	55.000 millones dls.		
Kuwait	20.000	»	»
Irán	16.000	»	»
Emiratos Arabes Unidos	13.000	»	»
Venezuela	9.000	»	»
Nigeria	6.000	»	»
Irak	4.000	»	»
Qatar	3.000	»	»
Libia	3.000	»	»
Argelia	(—)4.000	»	»
Indonesia	(—)1.000	»	»
Total	124.000	»	»

bre si se trataba de una verdadera crisis de mercado o más bien de una manipulación política entre los países productores y las compañías «mayores».

La hipótesis más sencilla de la escasez real es la más verosímil por los datos y acontecimientos que hasta entonces se sucedieron y su relación con los que más tarde se han producido. El petróleo tan necesario es un producto costoso porque su demanda supera a la oferta hasta el punto de que los síntomas de desabastecimiento han llegado a ser permanentes. Esta es una verdad dolorosa pero es muy importante su aceptación razonada con el fin de darle una respuesta sensata y solidaria.

En la segunda parte de este estudio se proseguirá el análisis de los precios petroleros en un intento de que el lector pueda ponerse al día en este aspecto inicial del problema energético.

Reflexiones sobre la economía soviética a la luz del materialismo histórico

Por Enrique M. UREÑA *

El sistema socialista soviético de planificación centralizada, una vez que ha conseguido impulsar un elevado grado de desarrollo de las fuerzas productivas, deja de ser la forma capaz de seguir impulsando racionalmente ese desarrollo y de servir a la preparación histórica del establecimiento de una futura sociedad, cuyo principio fundamental, según Marx lo quisiera, sería el de «desarrollo pleno, polifacético y libre de todos y cada uno de los individuos».

CAPITALISMO Y SOCIALISMO EN EL MATERIALISMO HISTÓRICO

«La doctrina marxista-leninista demostró teóricamente, y la praxis histórica lo ha confirmado, que el paso del capitalismo al comunismo es un proceso histórico objetivo del desarrollo de la sociedad humana.» Así comienza la parte dedicada a la economía política (1). Estas frases, con unas u otras variantes que no alteran sustancialmente su contenido, pueden encontrarse repetidas hasta la saciedad en textos soviéticos de economía. Así comienza también, p. ej., el primer capítulo del primer tomo de una estupenda historia de la economía soviética que ha ido publicando recientemente en siete volúmenes el Instituto de Economía de la Academia de las Ciencias de la Unión Soviética: «El paso del capitalismo al socialismo es un proceso sometido a leyes determinadas, es el resultado necesario del desarrollo social. El marxismo, al descubrir las leyes objetivas del nacimiento y desarrollo del capitalismo, puso al desnudo las contradicciones que le son inherentes, fundamentó científicamente la necesidad e inevitabilidad de la destrucción del capitalismo y de su sustitución por una nueva forma superior de sociedad, demostró el ineludible paso revolucionario de la sociedad al socialismo. Esta conclusión de la teoría marxista ha sido confirmada por la historia» (2).

La doctrina oficial de la Unión Soviética recoge así algo que es verdaderamente central en la concepción materialista de la historia de Carlos Marx: el socialismo habría de ser *el gran parto histórico del capitalismo*, parto que sería forzado por las contradicciones crecientes en el seno de este último entre el desarrollo de las fuerzas productivas por él mismo impulsado y sus propias relaciones de producción. En el presente artículo, después de hacer algunas consideraciones en torno a este tema central

* Doctor en Ciencias Económicas y en Filosofía. Profesor en la Universidad de Comillas.

(1) *Političeskaja Ekonomija*, Moskva 1973, pág. 247.

(2) *Istorija socialističeskoj ekonomiki SSSR v semi tomach*, Tom perb'i, Moskva 1976, pág. 13.

del materialismo histórico de Marx, intentaré poner ese tema en relación con el socialismo imperante en la Unión Soviética desde la Revolución de Octubre, y particularmente con el origen y el significado histórico de las reformas de la economía soviética, iniciadas por Kossygin con un Informe al Comité Central del Partido Comunista de la URSS del 25 de septiembre de 1965 (3).

La justificación histórica marxiana del capital

En sus notas a un manual de economía política de A. Wagner, escritas muy pocos años antes de su muerte, Carlos Marx se burlaba de quienes veían en su teoría del valor la pieza central de un sistema socialista de producción. Y la razón de esta burla era bien clara: Marx sabía mejor que nadie que él había vertido ríos y ríos de tinta sobre el sistema capitalista de producción socialista (4). Marx veía así certeramente que su papel no era el de profeta sino el de científico, y que un estudio de la economía socialista, semejante al hecho por él sobre el capitalismo, solamente podría confectionarse sobre la base empírica de una sociedad socialista que ya se hubiera realizado históricamente en un grado mayor o menor y que llevara funcionando un período de tiempo suficientemente sustancioso. Sin embargo, sí encontramos esparcidas a lo largo de su obra un conjunto de observaciones esporádicas acerca del carácter general de la futura sociedad socialista. Estas observaciones se encuentran siempre insertas dentro de uno de los tres contextos siguientes: en el contexto de una crítica idológica y polémica contra determinados programas de acción socialista (5); en el contexto de una contraposición de determinadas ventajas de una forma socialista de organizar la actividad económica a correspondientes desventajas de la forma capitalista de producción; en el contexto de una consideración de la futura sociedad socialista como un parto histórico del propio capitalismo. Vamos a detenernos primero en un comentario a los pasajes de *El Capital* que se encuentran dentro de este último contexto.

«La misión histórica de la forma capitalista de producción», escribe solemnemente Marx en el capítulo 27 del tomo tercero de *El Capital*, «consiste en alentar un fabuloso desarrollo material de las fuerzas productivas e impulsar la creación y ampliación del mercado mundial, lo cual ha de servir de fundamento material para la nueva forma de producción» (6). Esta idea de que al capitalismo le ha correspondido la gran misión histórica de propulsar un desarrollo sin precedentes de las fuerzas productivas, que es *condición necesaria* para el nacimiento, subsistencia y desarrollo del socialismo, es repetida por Marx numerosas veces en sus escritos. En su visión un tanto darwiniana del desarrollo histórico de la sociedad humana (7), Carlos Marx se recrea en señalar cómo precisamente el mecanismo esclavizante y explotador capitalista de la producción de plusvalía constituye la gran palanca histórica capaz de levantar a la sociedad humana hasta la realización de unas condiciones materiales que harán posible la plena humanización del hombre en una sociedad socialista. En el capítulo 22 del tomo primero de *El Capital*, tras haber descrito precisamente en capítulos anteriores la situación infrahumana en la que se encontraba el proletariado inglés debido a la tendencia desenfrenada del capitalismo hacia la obtención de más y más plusvalía, escribe Marx: «La fuerza motriz del capitalismo no es la producción de valores de uso y su disfrute, sino la producción de valor de cambio y su acrecentamiento. En cuanto fanático de la revalorización del valor obliga despiadadamente a la humanidad a pro-

(3) Un resumen de este informe puede verse en *Socialist Economics* (editado por A. Nove y D. M. Nuti), Penguin Books, 1972.

(4) *Glosas marginales al manual de economía política de A. Wagner* (1879/1880), Marx Engels Werke (en adelante: MEW) 19, 357.

(5) Fundamentalmente en la crítica al programa de Gotha (1875).

(6) *Capital III*, MEW 25, 457.

(7) Sobre esto puede verse: ENRIQUE M. UREÑA, «Marx and Darwin», en *History of Political Economy*, vol. 9, núm. 4 (winter, 1977).

ducir por el hecho de producir, y de aquí se deriva el desarrollo de las fuerzas productivas sociales y la creación de las condiciones materiales de la producción que son imprescindibles para poder construir una forma más elevada de sociedad, una forma de sociedad cuyo principio fundamental es el desarrollo pleno, polifacético y libre de cada uno de los individuos que la integran» (8).

La grandeza, por un lado, y la inevitabilidad, por otro, de esta gran misión del capitalismo llegan incluso a justificar históricamente para Marx la realidad y los procedimientos de este último: «el desarrollo de las fuerzas productivas del trabajo social es la misión histórica y la justificación del capital»... «yo veo a la gran industria (capitalista) no sólo como la madre del antagonismo, sino que la presento también como la creadora de las condiciones materiales y espirituales para la solución de esos antagonismos, cosa que por lo demás no puede ir ocurriendo por un camino agradable» (9). Carlos Marx recalcó así tanto la capacidad industrializadora y «civilizadora» del capitalismo que, como sagazmente observó Joan Robinson en cierta ocasión, se ha dado la curiosa paradoja de que pocos economistas habrán fundamentado tanto las glorias del capitalismo como el autor cuya intención directa era precisamente la de destruirlo para siempre (10).

El capitalismo como «final de la prehistoria»

Pero a pesar de este bonito dicho de Robinson los resultados del análisis marxiano de la economía capitalista coinciden de lleno con la intención de su autor. Marx pretendió haber demostrado teóricamente que, una vez conseguido por el capitalismo un determinado grado muy elevado de desarrollo de las fuerzas productivas, de desarrollo industrial, el mecanismo de funcionamiento capitalista basado sobre la producción y apropiación privada de plusvalía dejaría de ser la forma capaz de continuar impulsando un desarrollo racional de las fuerzas productivas y de la industrialización, y de servir a la preparación histórica del establecimiento de una sociedad «cuyo principio fundamental es el desarrollo pleno, polifacético y libre de cada uno de los individuos que la integran». Esto es lo que Marx quiere expresar cuando afirma, con su terminología peculiar y más conocida, que a partir de un momento histórico determinado el desarrollo de las fuerzas productivas entra en contradicción abierta e insostenible con las relaciones capitalistas de producción. Esta tesis marxiana, que dentro de un contexto más amplio de la concepción materialista de la historia está lúcidamente expresada en el prefacio a la *Contribución a la Crítica de la Economía Política*, aparece más concretamente definida en el siguiente pasaje del tomo tercero de *El Capital*: «Los verdaderos límites de la producción capitalista son el capital mismo, es decir: que el capital y su revalorización aparecen como el punto de partida y como el punto final, como el motivo y la finalidad de la producción. Y el medio para conseguir e impulsar esa revalorización—el desarrollo de las fuerzas productivas—cae en contradicción constante con lo limitado de su finalidad, de la finalidad de la revalorización del capital existente. Por eso, si la forma capitalista de producción es un medio histórico para desarrollar las fuerzas productivas y para crear el correspondiente mercado mundial, es a la vez la contradicción constante entre esa misión histórica y sus propias relaciones de producción» (11).

Naturalmente Marx no hace estas afirmaciones en el vacío. Su fundamentación se encuentra anclada en la teoría de las crisis económicas, teoría que, sin embargo, Marx no acabó de construir suficientemente a pesar de (o quizás sería mejor decir: precisa-

(8) *Capital I*, MEW 23, 618. Subrayado mío.

(9) *Capital III*, MEW 25, 269; Marx a Kugelmann (17.39.1868), NEW 32, 541. Subrayados míos.

(10) J. ROBINSON: «Marx, Marshall and Keynes», en *Collected Economic Papers*, vol. two, Oxford, 1964, pág. 12.

(11) *Capital III*, MEW 25, 260.

mente por) ser algo medular en el conjunto de su completa y extensísima obra económica. Schumpeter llamó a esta teoría de las crisis «el gran capítulo no escrito» de la obra de Marx y el gran capítulo «que hubiera resumido la totalidad de esa obra» (12), mientras que Helmut Reichelt subrayó la enorme complejidad de este tema central en Marx, al afirmar que una exposición sistemática de la problemática de las crisis económicas, tal como Marx la planteó, «equivale a la cuadratura del círculo en el terreno de la economía política» (13). Pero, afortunadamente para nosotros, en este momento no nos es necesario entrar en una explicación de la teoría marxiana de las crisis económicas (14). En el contexto del presente artículo nos basta con recordar que Marx pretendió haber fundamentado con ella la necesidad, inherente al mismo mecanismo auto-expansivo de la economía capitalista, de la propia autodestrucción de esta última. La teoría marxiana de la crisis constituye el análisis económico concreto que pretende haber demostrado científicamente cómo y por qué el desarrollo de las *fuerzas productivas* impulsado por el *capitalismo* va a hacer obsoleto el tipo de *relaciones de producción* que le definen y a forzar, con necesidad histórica y objetiva (como muy bien recogen los textos soviéticos citados al comienzo de este artículo), el nacimiento de una nueva sociedad definida por un tipo radicalmente distinto de relaciones de producción.

Pero si no nos interesa ahora detenernos en los mecanismos específicos que, en la *etapa capitalista* del desarrollo histórico de la sociedad humana, constituyen la contradicción entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción, si nos interesa en cambio fijarnos en otra cosa que también es específica de la etapa capitalista en la concepción materialista de la historia de Marx, y que reviste suma importancia: en el materialismo histórico el capitalismo aparece como la *última* configuración *antagónica* en el desarrollo de las sociedades humanas (después de la asiática, la antigua y la feudal). La misión histórica del capitalismo puede entonces ser reformulada ahora de una manera todavía más gloriosa y grandilocuente: la gran tarea histórica del capitalismo consiste en cerrar para siempre la prehistoria irracional y contradictoria de los hombres y de las sociedades formadas por ellos, dando a luz la nueva sociedad socialista que iniciará el período de la verdadera *historia* de la humanidad. Así leemos en un conocido pasaje del prefacio a la *Contribución a la Crítica de la Economía Política*: «Las relaciones burguesas de producción son la *última forma antagónica* del proceso social de producción (...). Las fuerzas productivas que se desarrollan en el seno de la sociedad burguesa *crean a la vez las condiciones materiales para la solución de ese antagonismo*. Con esta forma específica de sociedad se cierra, por lo tanto, la prehistoria de la sociedad humana» (15). Vamos a comentar brevemente este texto.

Marx vuelve aquí a repetirnos una vez más que el capitalismo, gracias al impresionante desarrollo de las fuerzas productivas por él impulsado, crea las condiciones materiales para el paso a una nueva forma superior de producción. Pero en este texto se añade explícitamente que esa nueva forma de sociedad ya no estará caracterizada por relaciones de producción *antagónicas*. Este último término se refiere directamente a que, en la concepción de Marx, la contradicción *estrictamente económica* entre el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones *capitalistas* de producción está *indisolublemente ligada a un antagonismo de clases sociales*. El interés de la *clase capitalista* está identificado con la *perpetuación* de unas relaciones capitalistas de producción que se definen precisamente por *su apropiación privada* de los medios de producción, lo cual les garantiza su posición de privilegio estructural en la sociedad, mientras que el interés de la *clase asalariada* está identificado con la *destrucción* de esas relaciones de producción que estructuralmente les esclavizan y explotan.

(12) J. A. SCHUMPETER, *History of Economic Analysis*, New York, 1954, págs. 747 y 1131.

(13) H. REICHELT, *Zur logischen Struktur des Kapitalbegriffs bei Karl Marx*, Frankfurt, 1971 (2.ª ed.), pág. 185.

(14) El lector interesado en ello puede acudir a: ENRIQUE M. UREÑA, *Karl Marx Economista*, Madrid, 1977, Ed. Tecnos, capítulo VII.

(15) MEW 13, 9. Subrayados míos.

Por ello, aun cuando la *contradicción económica* entre el desarrollo ulterior de las fuerzas productivas y las relaciones capitalistas de producción exijan en un momento histórico dado el paso a una nueva forma socialista de organizar la actividad económica, basada sobre una *apropiación social* de los medios de producción, el *antagonismo social* de intereses de clase hará que la clase dominante capitalista se oponga con todas sus fuerzas a ese paso y lo impida, hasta que la clase asalariada lo fuerce violentamente mediante una revolución. En la futura sociedad socialista las relaciones de producción están en cambio basadas, como ya indicamos, en la apropiación social de los medios de producción, por lo cual las posibles contradicciones entre el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción existentes en un momento dado no revestirán ese carácter social *antagónico*. Oskar Lange lo ha formulado concisa y certeramente así: «La diferencia esencial entre la sociedad socialista y sociedades basadas en la dominación de clase, consiste en que en las sociedades basadas sobre la dominación de una clase por otra las contradicciones—particularmente las contradicciones entre el desarrollo de las fuerzas productivas y el carácter conservador de las relaciones de producción—están conectadas con intereses de clase y toman la forma de lucha de clases. Esto no ocurre en una sociedad socialista. Por eso se acostumbra a decir que estas contradicciones no tienen en la sociedad socialista un carácter antagónico» (16). Si esto es así resulta entonces que las necesarias transformaciones del sistema económico, exigidas en un momento histórico dado en una sociedad socialista para bien de toda esa sociedad, serán realizadas sin mayores dificultades y *sin que ninguna clase social dominante* se pueda oponer a ello. Oskar Lange ha formulado también esto categóricamente en otro lugar: «Esta es precisamente la diferencia básica entre el desarrollo de la sociedad socialista y el de una sociedad que está basada en relaciones antagónicas de clase. En la sociedad socialista no hay ninguna clase que se pueda oponer a estas transformaciones. Sí puede ocurrir que ciertos estratos o grupos, que tienen intereses creados en los antiguos métodos de organizar la producción, creen obstáculos a los cambios necesarios. Pero estos obstáculos nunca podrán ser de tal categoría que hagan inoperativas las transformaciones requeridas por las nuevas circunstancias históricas» (17).

La característica más diferenciante de la nueva sociedad socialista, que el capitalismo habría de dar históricamente a luz según el materialismo histórico de Marx, está entonces representada por la *propiedad social de los medios de producción*. La traducción más directamente *sociopolítica* de esta característica es la configuración de una *sociedad sin clases*, cuyos miembros cooperan libremente con la finalidad consciente de lograr el pleno desarrollo humano de todos y cada uno de ellos. La traducción más directamente *económica* de esa característica es la organización de una producción *orientada directamente a los valores de uso* (es decir: a los bienes concretos) que la sociedad necesita (en lugar de estarlo a la obtención de un beneficio privado en dinero) mediante una *planificación y control social* de toda la actividad económica (que sustituye a la anarquía individualista del mercado libre), conscientemente dirigido todo ello a conseguir aquella plenitud humana de todos y cada uno de los individuos que integran la nueva sociedad socialista.

En los textos citados al comienzo de este artículo veámos cómo la doctrina oficial soviética entiende la realidad social y económica de la URSS como una confirmación histórica y práctica de las ideas centrales del materialismo histórico expuestas en este apartado. En el resto del artículo vamos a discutir hasta qué punto la realidad soviética se corresponde con la nueva sociedad socialista que Marx previera como el gran parto histórico del capitalismo.

(16) O. LANGE, «The Political Economy of Socialism» (1958), en *Papers in Economics and Sociology 1930-1960*, Oxford, 1970, pág. 87.

(17) O. LANGE, «The role of planning in a socialist economy» (1958), en *Papers in Economics...*, o. c., pág. 104.

EL SOCIALISMO SOVIETICO A LA LUZ DEL MATERIALISMO HISTORICO:
ECONOMIA Y POLITICA

Cuando los bolcheviques, tras la victoriosa Revolución de Octubre, tuvieron que enfrentarse con la tarea de la construcción de una sociedad socialista se encontraron *teóricamente desarmados*. Marx, como ya he indicado en el apartado anterior, no se había ocupado de elaborar ningún modelo concreto de funcionamiento de una economía socialista ni siquiera de discutir problemas relacionados con su implantación y desarrollo. Tampoco lo había hecho Engels. Lenin, por su parte, había dedicado igualmente todos sus esfuerzos teóricos, antes de 1917, a la crítica del capitalismo. Quizás la única contribución teórica anterior a la Revolución de Octubre, y digna de tenerse en cuenta en este terreno, haya sido el ensayo publicado por Barone en *Il Giornale degli Economisti* en 1908 (18). A esta dificultad teórica se añadió en seguida la dificultad práctica constituida por la guerra civil. Estas dos circunstancias, junto con un cierto ingenuo intento de instaurar de la noche a la mañana un comunismo pleno, que respondiera a las características más generales de la futura sociedad socialista prevista por Marx, dieron como resultado el llamado «comunismo de guerra» (1918-1920): la nacionalización de toda la industria y la naturalización de la economía con el intento incluso de suprimir totalmente el dinero, fueron algunas de las características principales de ese «consumismo de guerra», que culminó en un verdadero caos (19).

Para salir de ese caos inició Lenin en 1921 la llamada *Nueva Economía Política*, que se caracterizó por la libertad de los agricultores para vender libremente sus productos en el mercado y poseer pacíficamente sus tierras, por la legalización de la pequeña empresa privada, sobre todo en el comercio, por el papel que jugaban los mecanismos económicos frente a los puramente administrativos en la gran industria estatal, y por la libertad casi absoluta de discusión que impulsó un brillante florecimiento de la teoría económica en la Unión Soviética (20). Durante este período de la NEP la industria soviética funcionó de una manera relativamente descentralizada. Ello se debió fundamentalmente al reconocimiento explícito de dos principios. En primer lugar al reconocimiento del principio de la distinción entre una dirección y control general de la industria a través del establecimiento *centralizado* de objetivos y directrices globales para las diversas ramas de la industria y para su coordinación, por un lado, y, por otro lado, la ejecución microeconómica de esa política industrial, que era dejada a la *discreción de los managers* en el funcionamiento cotidiano y operacional de las empresas. En segundo lugar, el carácter descentralizado de la NEP se debió también al reconocimiento explícito del principio de la *Khozraschot* (contabilidad de pérdidas y ganancias) como el principio orientador fundamental de las empresas en su funcionamiento operacional y microeconómico: cada empresa o grupo de ellas llevaba una contabilidad de pérdidas y ganancias que se suponía reflejaba la «salud» económica de su funcionamiento. Conforme a estos principios la mayoría de las empresas y Trusts industriales, aunque no podían salirse de los límites impuestos por las directrices y objetivos generales que estaban determinados centralmente para las diversas ramas de la producción y para la economía en su conjunto, sí podían decidir autónomamente qué, cómo y cuánto producir, podían cerrar contratos autónomamente con

(18) Este ensayo está editado por Von Hayek en *Collectivist Economic Planning*, Routledge & Kegan Paul, 1935, con el título de «The Ministry of Production in the the Collectivist States». Un buen extracto de este ensayo puede verse en A. NOVE y D. M. NUTI (edit.), *Socialist Economics*, o. c., págs. 52-74.

(19) *Istoriya socialistitscheskoi ekonomiki...*, o. c., págs. 235-446; A. NOVE, *An Economic History of the U.S.S.R.*, Penguin Books, 1976, págs. 46-82.

(20) *Istoriya socialistitscheskoi ekonomiki SSSR y semi tomach*, Tom vtoroi, Moskva, 1976; A. NOVE, *An Economic History...*, o. c., págs. 83-159; M. LEWIN, *Political Undercurrents in Soviet Economic Debates*, London, 1975, págs. 84-96; W. BRUS, *Funktionsprobleme der sozialistischen Wirtschaft*, Frankfurt, 1971, págs. 71-97.

sus clientes y con sus proveedores, podían concertar directamente créditos con entidades bancarias para la financiación de su capital circulante, podían contratar libremente los trabajadores que consideraran oportunos, etc. Aunque este sistema no funcionara de hecho en toda su pureza, y hubiera multitud de interferencias burocráticas en terrenos microeconómicos reservados teóricamente a la decisión de los directores de las empresas, el período de la Nueva Economía Política estuvo ciertamente caracterizado por una descentralización muy significativa de la economía (21). Pero la NEP no resistió mucho tiempo y en 1929, bajo la égida de Stalin, se inició una nueva transformación del sistema, esta vez encaminada hacia una creciente centralización en la dirección y control de la producción soviética. La URSS pasó a gobernar su economía mediante lo que podemos llamar el modelo de *planificación centralizada* (22).

La planificación centralizada. Motivos del cambio

El modelo soviético de planificación centralizada puede caracterizarse, en una primera aproximación, por los rasgos opuestos a los que acabamos de señalar para la NEP. En 1929 se inició un durísimo proceso de colectivización forzosa de la agricultura, en el que los *kulaks* o campesinos más prósperos (23) fueron perseguidos y deportados con la finalidad explícita de ser liquidados como clase. La represión brutal ejercida sobre millones de campesinos fue verdaderamente espeluznante. En 1936 se había ya colectivizado al 89,6 por 100 del campesinado (24). La pequeña empresa privada, incluida la del pequeño comercio, fue suprimida. La economía desapareció como ciencia del mapa de la Unión Soviética. Finalmente, la descentralización y el empleo de métodos económicos en la dirección y control de la industria, que predominaron durante el período de la NEP, fueron dando paso a una creciente centralización y a un control y dirección de la economía ejercidos mediante instrucciones y órdenes administrativas. La planificación central fue extendiéndose (sobre todo a través de los planes anuales, trimestrales y mensuales, que desagregaban y actualizaban los quinquenales) (25) al terreno microeconómico y operacional de las empresas, reduciendo así a su mínima expresión el margen autónomo de estas últimas y eliminando la importancia de su contabilidad de pérdidas y ganancias o *Khozraschot*. Este nivel microeconómico y operacional pasó así a ser regulado directamente por la necesidad de *cumplir el plan* señalado forzosamente *para cada una* de las empresas y construido fundamentalmente en términos *naturales* (toneladas, kilowatios/hora, toneladas/kilómetro, etc.) por la agencia central planificadora *Gosplan*: a las empresas les venía concretamente determinado en el plan qué, cómo y cuánto producir; a quién vender sus productos y de quién recibir sus medios necesarios de producción, y en qué cantidades; volumen de empleo y tope global salarial; índices de reducción de costos y de productividad del trabajo, etc. La dirección y control de la economía soviética inició así, al

(21) M. DOBB, *Socialist Planning: Some Problems*, London, 1970, págs. 15 y sgs. M. LEWIN, *Political Undercurrents...*, o. c., págs. 95 y sig.

(22) Uso aquí una terminología muy general que me parece más adecuada para los límites dentro de los que se mueve este artículo. Para una distinción mucho más sofisticada de los diversos tipos o modelos de organización de una economía socialista puede verse la obra de P. WILES, *The Political Economy of Communism*, Oxford, 1962, págs. 67 y sgs.

(23) Para caer dentro de esta denominación bastaba con poseer un par de caballos y un par de vacas, y tener algún sobrante para vender. Se estimaba que los *kulaks* constituirían entre un 5 y un 7 por 100 del campesinado. Véase A. NOVE, *An Economic History...*, o. c., págs. 107-109.

(24) A. NOVE, *An Economic History...*, o. c., págs. 160-186. Un estudio muy documentado sobre este tema puede encontrarse en M. LEWIN, *La paysannerie et la pouvoir soviétique*, Mouton, París, 1966.

(25) MIKHAIL BOR, *Aims and Methods of Soviet Planning*, London, 1967, páginas 38, 43, 168 y sig.

final de la década de los veinte, una carrera hacia la configuración y consolidación de un sistema de planificación centralizada que *tiende* a determinar hasta el último detalle operacional de la última empresa del país, y que se ha continuado sustancialmente hasta nuestros días (26).

Ahora hemos de preguntarnos cuáles fueron las causas de este viraje desde la descentralización de la NEP hasta un sistema tan fuertemente centralizado. A ello concurren simultáneamente dos causas principales: una causa *ideológica* y otra *económico-política*.

La liberalización que supuso la NEP con respecto al llamado «comunismo de guerra» fue introducida por Lenin como una medida forzosa para salir del caos en el que ese «comunismo de guerra» había sumido a la Unión Soviética, pero con la clara conciencia de que con ella estaba introduciendo elementos estructuralmente ajenos a una verdadera economía socialista. Para Lenin la NEP era ya en su inicio una etapa puramente provisional y pasajera, que habría de facilitar el paso a una pronta reestructuración de la economía en la que la planificación centralizada y la contabilidad en unidades naturales encontrarán su puesto de honor. La siguiente famosa frase de Lenin, referida a la introducción de la Nueva Economía Política, no puede ser más elocuente a este respecto: «Nosotros nos retiramos, retrocedemos, pero hacemos esto únicamente para coger carrera tras este paso atrás y poder así dar después un salto mucho mayor hacia adelante» (27). El modelo de planificación centralizada subyacía ideológicamente como algo consustancial al socialismo.

La segunda causa originadora del viraje hacia el sistema de planificación centralizada tiene un carácter económico y político. La revolución proletaria es una Rusia económica y políticamente subdesarrollada era vista por Marx, Engels y Lenin como la palanca que, en las condiciones históricas concretas de la Europa de entonces, habría de servir como catalizador político de la revolución proletaria en los países desarrollados europeos, revolución esta última que entonces haría posible el establecimiento en Rusia de un verdadero socialismo. Así afirmaba Engels en 1894 que una revolución rusa ayudaría a acelerar la victoria del proletariado industrial de los países más desarrollados, sin la cual era impensable una implantación del socialismo en Rusia (28), mientras que Lenin veía en la revolución rusa de 1905-1907 «un *preludio* de la revolución *européa* que se avecina» (29). Y refiriéndose a la misma revolución de octubre escribía Lenin: «una vez que el proletariado ruso ha conquistado el poder, tiene todas las posibilidades para consolidarse y para guiar a Rusia hasta que llegue la victoriosa revolución en Occidente» (30). Pero esa victoriosa revolución proletaria de los países industrializados no llegó. Y entonces no le quedó a la Unión Soviética otra alternativa que la de industrializarse aceleradamente por sus propios medios. El gran objetivo político y económico del sistema soviético era y sigue siendo el de la construcción de una sociedad comunista en el más pleno sentido de la palabra, pero ese gran objetivo final requería y requiere como condición previa la salida del estado de subdesarrollo industrial, en el que se encontraba la URSS, y el alcance progresivo de un desarrollo muy grande y significativo de las fuerzas productivas. En la *economía* se dio así prioridad absoluta al *crecimiento* económico, mientras que en la *política* se *centralizó en manos del Estado* toda la economía para asegurar así ese crecimiento y crear lo más pronto posible las condiciones materiales para la implantación del comunismo pleno. La segunda causa del viraje desde la NEP hasta el sistema de planificación centralizada, puede entonces resumirse concisamente así: ese sistema

(26) M. DOBB, *Socialist Planning*, o. c., págs. 16-18; A. NOVE, *The Soviet Economic System*, London, 1977, págs. 18, 23 y sig.

(27) Citado en J. KOSTA, *Warenproduktion im Sozialismus*, Frankfurt, 1973, página 140.

(28) MEW TT, 435.

(29) Citado en R. LORENZ, *Sozialgeschichte der Sowjetunion I*, Frankfurt, 1976, página 11.

(30) Citado en R. LORENZ, *Sozialgeschichte...*, o. c., pág. 302.

centralizado surge en la URSS de finales de los años veinte *como respuesta al objetivo ineludible de industrializar aceleradamente un país subdesarrollado y ponerle a la cabeza de la economía mundial, estableciendo así las condiciones materiales para la construcción del comunismo pleno* (31).

Desarrollo socialista de las fuerzas productivas

Desde el punto de vista del Materialismo Histórico resulta entonces que el sistema socialista imperante en la URSS desde la Revolución de Octubre ha venido a *suplir de hecho al capitalismo en la gran misión histórica de alcanzar ese gran desarrollo de las fuerzas productivas, imprescindible para el establecimiento de la nueva sociedad prevista por Marx*, cuyo principio fundamental sería «el desarrollo pleno, polifacético y libre de cada uno de los individuos que componen la sociedad». Ese sistema socialista soviético ha conseguido ciertamente impulsar un crecimiento económico sin precedentes, sobre todo durante las primeras décadas de su puesta en marcha, pero lo ha hecho a costa de sangre y de una brutal represión sobre el pueblo (que *no sólo* sobre la alta burguesía, el clero y la aristocracia). A la industrialización de la URSS puede aplicarse también la frase que Marx refiriera, con toda razón, a la primera industrialización capitalista: es una industrialización que ha sido gestada «a sangre y fuego», que «rezuma sangre y ponzoña desde la coronilla hasta el dedo gordo del pie» (32). El grito salvaje de Stalin exigiendo «aplastar a la kulakería y liquidarla como clase» (33), que tuvo como consecuencia el exterminio físico de varios millones de campesinos, es sólo uno de los más sangrientos ejemplos (34).

Desde el punto de vista del Materialismo Histórico el sistema socialista soviético ha venido así también a suplir al capitalismo en una carrera industrializadora recorrida «por un camino nada agradable»: «sea que la represión es *necesaria* para una rápida acumulación o que no lo sea, *de hecho ambas han ido juntas tanto en el Este como en Occidente*» (35). Y así como Marx *justificaba históricamente* los crímenes del capitalismo por su contribución al desarrollo de las fuerzas productivas, así hoy día los comunistas *justifican históricamente* los crímenes del socialismo soviético por su contribución a la industrialización de la URSS con vistas a una futura implantación de la sociedad verdaderamente comunista. El Materialismo Histórico de Marx encuentra así una aplicación paralela, en los dos aspectos que acabo de comentar, a la industrialización capitalista y a la industrialización socialista.

Pero el paralelismo no termina aquí. Las relaciones soviéticas de producción, una vez logrado un grado de desarrollo suficientemente elevado de industrialización, han entrado en contradicción con un ulterior desarrollo de las fuerzas productivas. El sistema de planificación centralizada, que fue capaz de sacar a la URSS de su subdesarrollo económico y convertirla en la segunda potencia mundial, comenzó ya a mediados de los años cincuenta a mostrar signos de incapacidad para dirigir y controlar racionalmente una economía compleja y desarrollada, para impulsar, aprovechar y asimilar la nueva revolución científico-técnica, y para dar satisfactoriamente el paso de una economía orientada obsesivamente al crecimiento industrial hacia una economía orientada ya fundamentalmente a satisfacer las necesidades de consumo final de la

(31) A. NOVE, *The Soviet Economic System*, o. c., pág. 19; L. SCHAPIRO, *The Government & Politics of the Soviet Union*, London, 1975, págs. 47 y sig.

(32) *Capital I*, MEW 23, 742 y sig. y 788.

(33) Citado en R. LORENZ, *Sozialgeschichte...*, o. c., pág. 193.

(34) No cabe duda que la personalidad de Stalin jugó un papel importante en los crímenes cometidos en la URSS entre 1928 y 1940, pero tampoco cabe duda de que no puede reducirse su explicación a la figura de Stalin. Véase A. NOVE, *Was Stalin Really Necessary?*, London, 1964.

(35) J. ROBINSON, «Socialist affluence», en *Socialism, Capitalism and Economic Growth* (edited by C. H. Feinstein), Cambridge, 1969, pág. 179.

población, a elevar su bienestar y nivel de vida, y a iniciar así la etapa encaminada directamente al «desarrollo pleno y libre de todos y cada uno de los individuos». Kosygin, en el Informe (1965) aludido ya al comienzo de este artículo, reconoció oficialmente la necesidad de perfeccionar el sistema de planificación centralizada. Desde entonces los textos soviéticos dedicados al tratamiento de la dirección y planificación de la economía socialista comienzan regularmente recogiendo esta problemática, y subrayando la necesidad de perfeccionar organizativa y técnicamente el sistema de planificación y dirección, acomodándolo a las exigencias de la nueva etapa que han denominado la etapa del *socialismo desarrollado* (*razbitoi sotzializm*) (36).

CONCLUSION

Desde el punto de vista del Materialismo Histórico podemos entonces decir también, en paralelismo formal con la tesis de Marx acerca del capitalismo, que el sistema socialista soviético de planificación centralizada, una vez que ha conseguido impulsar un cierto grado elevado de desarrollo de las fuerzas productivas, *deja de ser la forma capaz de seguir impulsando racionalmente ese desarrollo y de servir a la preparación histórica del establecimiento de una futura sociedad*, cuyo principio fundamental, según Marx lo quisiera, sería el del «desarrollo pleno, polifacético y libre de todos y cada uno de los individuos». Y es muy importante subrayar aquí que, aunque en este artículo nos estamos limitando a la realidad histórica de la URSS, estas conclusiones están igualmente avaladas por el resto de las economías socialistas europeas, que adoptaron forzosamente el modelo soviético de planificación centralizada tras la segunda guerra mundial, y particularmente por los países más industrializados como Alemania Oriental, Checoslovaquia y Hungría (37).

Podemos finalmente preguntarnos, antes de sacar nuestras conclusiones finales, qué éxitos o qué fracasos han tenido en la URSS y demás países socialistas europeos, las reformas económicas propuestas para acomodar las relaciones de producción a las nuevas exigencias históricas del desarrollo de las fuerzas productivas. Sin poder entrar ahora en detalles (38), tenemos que decir que esas reformas no han podido ser llevadas a cabo todavía en el grado requerido por las nuevas circunstancias históricas. Ello ha sido y es debido fundamentalmente a dos razones, una de tipo *político* y otra de tipo *económico*. La razón política de fondo estriba en que *una verdadera y efectiva reforma del sistema económico implicaría necesariamente una reforma estructural profunda del sistema político hacia una auténtica democratización*. La razón económica estriba en que no se ve claro, en una reforma encaminada a descentralizar a fondo las economías socialistas con la correspondiente democratización de sus estructuras políticas, *dónde estarían los límites entre el socialismo y el capitalismo*. Por todo ello las clases dirigentes de los países socialistas han ejercido y siguen ejerciendo fuertes presiones para impedir que las reformas económicas vayan más allá de los límites que *les aseguran sus posiciones privilegiadas de poder*. Hasta ahora lo han conseguido,

(36) P. ej.: P. A. IGNATOVSKII, *Razbitoi sotzializm*, Politizdat, Moskva, 1974, páginas 3-12, 171-182; S. S. DZARASOV, *Upravlenie sotzialistitscheskim proizvodstvom*, Ekonomika, Moskva, 1976, págs. 3-33; A. M. OMAROV, *Nautschmie osnovi upravlenija sotzialistitscheskoi ekonomiki*, Misl, Moskva, 1976, págs. 3 y sig., 26-29; N. A. MOISEENKO, M. V. POPOV, *Teorija vosproizvodstva i upravlenie sotzialistitscheskoi ekonomiki*, Misl, Moskva, 1976, págs. 3-5.

(37) J. KOSTA, *Warenproduktion im Sozialismus*, o. c., págs. 134-218; A. NOVE, «Economic Reforms in the USSR and Hungary, a Study in Contrasts» (1970), en *Socialist Economics*, o. c., págs. 335-362; J. WILCZYNSKI, *The Economics of Socialism*, London, 1972 (2.ª ed.).

(38) P. ej. en la distinción entre países que han enfocado las reformas como una modificación dentro del mismo modelo de planificación centralizada (URSS, Alemania Oriental) y países que las enfocaron desde un paso a un modelo descentralizado (Checoslovaquia, Hungría).

aunque hayan tenido que hacer algunas concesiones. Checoslovaquia de 1968 es sólo el ejemplo sangriento de esta oposición. Por eso, desde el punto de vista del Materialismo Histórico, es dudoso que se puedan denominar *no antagónicas* las contradicciones surgidas en la URSS y demás países socialistas entre el desarrollo de las fuerzas productiva y sus relaciones socialistas de producción (39).

Para concluir este artículo podemos pasar ya a responder la pregunta que dejamos colgando al final del apartado anterior: ¿puede considerarse verdaderamente la sociedad socialista soviética, junto con las de los demás países del Este europeo, como una confirmación histórica y empírica del desarrollo social delineado en el Materialismo Histórico de Marx y como el inicio de la nueva sociedad socialista o comunista prevista por él?

Al trasfondo de lo expuesto hasta aquí mi respuesta a esta pregunta, una respuesta por supuesto limitada e incompleta ya que no pretende abarcar *todos* los aspectos que esa pregunta encierra (40), se puede resumir en los cinco siguientes puntos.

En primer lugar, el socialismo soviético (y junto con él el de los demás países socialistas del Este europeo) coincide en tres características fundamentales de su organización económica con la sociedad socialista prevista por Marx: apropiación social de los medios de producción, producción orientada directamente a los valores de uso en vez de al valor de cambio, planificación y control social de la economía. Lo cual no significa, por supuesto, que el socialismo soviético sea *la única* forma posible de realizar esas tres características generales.

En segundo lugar, el socialismo soviético (y junto con él el de los demás países socialistas del Este europeo) no ha confirmado históricamente el paso objetivo y necesario del capitalismo al socialismo. Hasta ahora sólo ha impulsado en determinados países del mundo, sobre la base de una economía organizada según las características generales señaladas en el párrafo anterior, el desarrollo de las fuerzas productivas que según Marx constituye la condición necesaria para poder instaurar un verdadero socialismo, desarrollo que en otros países determinados ha sido realizado por el capitalismo.

En tercer lugar, el socialismo soviético (y junto con él el de los demás países socialistas del Este europeo) ha intentado y conseguido una *distribución económica* de la riqueza—que no del poder—bastante igualitaria, aproximándose así de alguna manera a una de las características básicas de la sociedad socialista prevista por Marx.

En cuarto lugar, no se puede afirmar que la contradicción entre el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción en la URSS y demás países del Este europeo *no sea antagónica*, aun cuando ese antagonismo presente una configuración social distinta de la existente en los países capitalistas.

En quinto y último lugar, el análisis objetivo de la realidad socialista de la URSS y demás países del Este europeo no arroja todavía suficientes datos como para juzgar, con rigor científico y sin dedicarse al profetismo, sobre su futura evolución hacia el tipo de sociedad que Marx soñara. Esa futura evolución y sus consecuencias están todavía por escribir en el libro de la historia.

(39) M. LEWIN, *Political Undercurrents in Soviet Economic Debates*, o. c.

(40) En un próximo artículo espero tratar el problema de la relación entre los aspectos analíticos y «técnico-económicos» y los aspectos «utópicos» del socialismo de la URSS.

FUERZAS ELECTRICAS DE CATALUÑA, S. A.



**Producción, transporte
y distribución de
energía eléctrica**



**Domicilio Social:
PLAZA DE CATALUÑA, 2
BARCELONA**

BIBLIOGRAFIA

301. SOCIOLOGIA

JOSÉ M.^a GONZÁLEZ GARCÍA: *La Sociología del conocimiento hoy*, las Ediciones del Espejo, Madrid, 1979, 472 pp.

El autor comienza el estudio del conocimiento a partir de los años veinte en Alemania, con el estudio de M. Scheler y K. Mannheim. Analiza después las relaciones entre funcionalismo y sociología del conocimiento a través de R. Merton y T. Parsons. A continuación aborda el autor los enfoques fenomenológicos estudiando «La construcción social de la realidad», de P. Berger y T. Luckmann. Este estudio de la génesis de la sociología del conocimiento le lleva a elaborar una definición dialéctica de aquella sociología.

El esfuerzo de análisis y síntesis de los autores estudiados es de gran mérito. La selección bibliográfica muy buena. La conclusión el estudio en una redefinición de la sociología del conocimiento es sugerente.—J. LÓGAR.

Sociología del Trabajo, revista trimestral presentada por Zero-ZYX.

Aparece una revista nueva especializada en cuestiones de trabajo. Edita Zero, S. A. y distribuye ZYX, S. A.

El equipo de dirección está formado por J. J. Castillo, J. Castillo, Jordi Estivill, Oriol Homs, Carlos Prieto y Joan Eugeni Sánchez.

Se propone ser una revista científica, crítica, especializada, interdisciplinar, difusora y promotora de investigaciones y abierta. Por abierta se entiende que la revista no se apunta, según afirma, a ninguna ortodoxia dogmática.

La revista se pretende que vaya formada por el editorial, un tema monográfico (que será la parte central o cuerpo de la revista), una serie de artículos, una sección de debates, notas y reseñas y, por último, una sección de novedades, de noticias, informaciones sobre congresos, reuniones, etc.

El número 1 de la revista que acaba de aparecer, se adapta, y con acierto, a los objetivos que se propone. Deseamos a los autores y promotores de esta «Revista de Sociología del Trabajo» un gran éxito.—J. LÓGAR.

SCHOECK, HELMUT: *Historia de la sociología*, Ed. Herder, Barcelona, 1977, 438 pp.

Ya era conocido el profesor Schoeck entre los lectores de lengua española, tanto por su *Diccionario de la Sociología*, publicado en la misma Editorial Herder, como por su obra sobre *La envidia*, editada en Buenos Aires. Con su *Historia de la Sociología*, que ante todo es un resumen de sus veinticinco años de experiencia docente en Europa y en Estados Unidos, nos presenta una síntesis del pensamiento sociológico desde los griegos Platón y Aristóteles hasta las distintas escuelas actuales funcionalistas o empiristas.

Como marco de este desarrollo intelectual a través de los siglos, aparece una introducción sobre el objeto de la sociología, que lo delimita de otras ciencias afines y que con distintas variantes pervive a lo largo de la historia. La fortaleza y la debilidad de este texto reside en su carácter marcadamente germano, ya que el autor presta especial atención a los sociólogos de lengua alemana, sin descuidar en ningún momento otras escuelas, a las que él perfectamente conoce.

Este planteamiento histórico, de nin-

guna manera oscurece el análisis teórico, reforzado a su vez por la clasificación que el autor hace de las distintas escuelas, razón por la que puede servir este libro como texto para una buena introducción a la teoría social.—C. GINER.

WALLNER, ERNST M.: *Sociología. Conceptos y problemas fundamentales*, Editorial Herder, Barcelona, 1975, 342 pp.

Este tratado introductorio a la teoría sociológica viene articulado en torno a cuatro partes fundamentales: la sociología como ciencia, sus problemas fundamentales, las sociologías especiales y la sociología como ciencia de la orientación.

Tras presentar una orientación sobre el obligado tema del objeto de la sociología, dedica al autor 25 páginas a los métodos de investigación, para pasar a desarrollar en el segundo capítulo el núcleo central de la sociología, basado en el estudio de la personalidad sociocultural y las formas fundamentales de la sociedad, con su sistema de instituciones que experimentan los procesos de movilidad, conflicto y cambio social.

Lo que se denomina campos de la sociología o sociologías especiales viene tratado con claridad y rigor científico en la parte tercera, en la que se hace especial referencia a la familia, las unidades sociales suprafamiliares (municipio, pueblo y nación, Estado), las formas culturales y el mundo del trabajo.

El esfuerzo gigantesco de sintetizar y clarificar el lenguaje y los conceptos sociológicos hacen recomendable la obra de Wallner para todo aquél que aspire a tener unos conocimientos básicos de la sociología.—G. GINER.

CAGIGAL, JOSÉ MARÍA: *Cultura intelectual y cultura física*, Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1979, 118 pp.

Reúne esta publicación seis ensayos escritos por el autor, a partir de 1975, por diversas motivaciones de compromiso cultural. Su denominador común lo consti-

tuye el acercamiento intelectual al fenómeno deportivo y a la educación física (educación por el movimiento). No hay unidad de método en el tratamiento de los diversos ensayos, que abarcan desde la ubicación del deporte en la sociedad industrial de nuestro tiempo, hasta el vigoroso y original esfuerzo por estructurar una teoría sistematizada de los contenidos de la educación física, pasando por la clarificadora distinción entre «deporte-praxis» y «deporte-espectáculo» y por el análisis realista de las vinculaciones entre política y deporte (centrado, principalmente, en la olimpiada de Montreal de 1976). Pero sí hay unidad ideológica, coherencia en la interpretación de la vida, del hombre, de la acción pedagógica, de la actividad física. Las páginas rezuman una profunda visión humanista. No se trata de un estudio técnico, sino de reflexiones culturales. El mismo autor—ya un consagrado en la materia; ésta es su sexta obra sobre temas similares—nos expresa, en el prólogo, el talante y el «sitio» desde donde deben ser leídas: «están escritas según el talante enmarcado entre la antropología cultural, la pedagogía, la psicología y la filosofía».

Resaltan, por su rigor y novedosa aportación, dos ensayos: «Cultura intelectual y cultura física»—que da título al libro—y «Bases antropológicas para una educación física». En ambos trabajos—en parte reiterativos, en parte complementarios—analiza Cagigal los rasgos de la sociedad tecnológica en la que nos insertamos: supervaloración de la técnica, competitividad (idolatría del rendimiento), especialización. Las secuelas de la deificación de la máquina conducen al automatismo, pasividad y sedentarismo; y, en el plano educativo, a la preponderancia casi exclusiva de la cultura intelectual y a la sobrestima del conocimiento del mundo exterior, de la ciencia aplicada. Pero, aunque acaso ya sea tarde, la cultura intelectual y sus derivaciones prácticas deben ser contrapesadas con otros vigorosos acentos culturales basados no tanto en una cultura del conocer y saber cuantitativamente el mundo exterior, sino una vuelta al interior, un sentir, experimentar, saber de sí mismo, con el consecuente contentamiento de la propia realidad. En esta línea está llamada a desempeñar importante papel la cultura física, como fundamental aprendizaje al conocimiento de sí mismo, como cultivo de valores básicos de expresión personal y de relación social a través de las capacidades físicas. Dos serán, pues, los

dos grandes objetivos—cuyo despliegue minucioso examina el autor en el segundo de los ensayos mencionados—que deberán orientar toda educación física: 1) El hombre dueño (señor) de su cuerpo, y 2) el hombre adaptado, a través de su cuerpo, al entorno. Su logro irá enriqueciendo a la persona hasta llegar a la «vivencia integral del movimiento» y a la «asunción personal de la conducta corporal».

El libro—en el que como defectos pueden señalarse el exceso de repeticiones y su modesta presentación e impresión—está escrito desde una honda perspectiva neohumanista, a cuyo servicio el autor ha puesto un notable y erudito bagaje cultural. Cagigal rompe los manidos moldes, empobrecedores, en los que, ordinariamente, se encasilla el tratamiento de la educación física. Nos da una teoría integradora y filosófica del deporte. Su libro enriquece. Y creemos que todo educador debería leerlo.—J. COLOMER.

ECO, HUMBERTO: *Obra abierta*, Ariel, Barcelona, 1979, 355 pp.

Este libro de Ariel quincenal recoge una serie de ensayos del humanista piamontés, que ha dedicado su vida al estudio de la conexión entre sociedad y distintas formas de expresión cultural: la pintura, la música, la narrativa, la poesía y los modernos medios de comunicación de masa, como son el cine y la televisión.

Más que un conjunto cerrado de conclusiones, su obra—de ahí su calificación de *Obra Abierta*—pretende solamente aclarar los términos de la problemática para hacer posible una ulterior discusión en profundidad. En vez de pronunciar un juicio histórico definitivo sobre la situación cultural a que se refieren, o de dar una definición teórica válida para la comprensión de los fenómenos estéticos en general, Humberto Eco propone diversos instrumentos intelectuales que posibiliten abordar las reacciones de los artistas ante la provocación del azar, lo indeterminado, lo probable, dada la necesidad en que se encuentra el arte contemporáneo de contar con el desorden.—C. G.

32. POLITICA

KATZ, E. y LAZARSELD, P. F.: *La influencia personal*, Ed. Hispano Europea, Barcelona, 1979, 466 páginas.

Dentro de la colección de Ciencias sociales de la Biblioteca Hispano Europea aparece, traducida por Alberto Pérez Álvarez, la investigación desarrollada por dos clásicos de la opinión pública, que en este estudio analizan el papel que desempeñan las personas en el proceso de comunicación de masas. Lazarsfeld, después de descubrir y utilizar la técnica del papel, presenta ahora una complementariedad de dichos métodos, con el fin de estudiar el efecto de las comunicaciones no tanto directamente sobre los individuos, cuanto entre las personas entre sí.

Para ello, se concentra el estudio sobre una ciudad concreta: Decatur. Su intención es explorar la transmisión de ideas entre los ciudadanos y descubrir donde se localizan los líderes de opinión en el *marketing*, en la moda, en los asuntos públicos y en materia de cine. Primero se analizan los aspectos del proceso de comunicación de masas con sus distintas variables, junto con las normas y marcos en el proceso de persuasión, poniéndose de relieve la importancia del pequeño grupo, para pasar ulteriormente a estudiar el flujo de la influencia personal cotidiana en la comunidad elegida.

Tan valiosos como las conclusiones de esta investigación, son los apéndices que recogen los cuestionarios y la metodología seguida, así como una amplia bibliografía sobre la materia.—C. GINER.

33. ECONOMIA

HARTEN, PETER: *La economía, sus leyes y sus misterios*, Ed. Herder, Barcelona, 1979, 360 pp.

La traducción literal del original germano, *So funktioniert die Wirtschaft* (Así funciona la economía), creemos responde perfectamente a la naturaleza de este libro. Ciertamente es de lo mejor, más claro, fácil de leer y pedagógico que podemos encontrar entre las obras de tipo «Econo-

mía para todos», «Economía para no economistas», «Introducción a la Economía», «Elementos de Economía», etc. Puesto que todos tomamos a diario decisiones económicas, por un lado, y, por otro, los conceptos y comentarios que se relacionan con el funcionamiento y el gobierno de la economía están a la orden del día en los órganos de expresión y configuración de la opinión pública que vivimos, es, sin duda, hoy, no sólo de cultura general, sino casi diríamos una necesidad, el haber asimilado un sistema de ideas clarificadoras sobre las nociones y engranajes de tal economía.

Para el logro de este objetivo es un libro muy certero y adecuado éste de Peter Harten. Realiza el autor un enorme esfuerzo por expresar las ideas, los fenómenos y las relaciones prescindiendo totalmente de las matemáticas y casi totalmente de los gráficos geométricos. Informa a la vez que forma, apoyándose en los acontecimientos económicos de la vida diaria, pero sin renunciar por ello a explicar términos tales como elasticidad de la demanda, competencia perfecta o sistemas monetarios.

Frente a la economía planificada y la economía de mercado opta, como sistema ideal, por la economía social de mercado, señalando las ventajas y las desventajas de estas tres opciones básicas. Orienta, por lo tanto al lector, aunque a cara descubierta y ofreciéndole sus razones, hacia una alternativa concreta.

Las frases-resumen en la cabecera de cada página y las abundantes ilustraciones fotográficas con sus pies correspondientes incrementan el valor didáctico de este interesante libro.—J. G.

DUQUE HOYOS, RECAREDO: *Opción por una ciencia humanizada de la economía*, Ed. Herder, Barcelona, 1979, 129 pp.

La tesis fundamental de este libro es la siguiente: «la economía tiene que recorrer en sentido contrario el camino hecho en otro tiempo para desligarse de la doctrina social; debe recurrir a la síntesis para remediar los efectos de un análisis exagerado de los datos humanos, a los que ha privado de todo contexto» (p. 115).

El autor llega a esta postura tras haber

traído a debate las opiniones de muy numerosos autores, sobre las relaciones, en definitiva, entre economía y ética. No menos de 240 citas—más de dos por página—se pueden contabilizar. Se advierte que su investigación se ha centrado, sobre todo, en bibliografía de lengua alemana. Consideramos esta riqueza bibliográfica y textual como una de las más importantes de este librito. Ella avala por otra parte el sentido de responsabilidad con que el autor ha emprendido su discurso, enebreado de continuo en tales citas y autores.

Naturalmente no ofrece una síntesis definitiva, que pueda convencer a las diferentes escuelas, en este dilema economía descriptiva-economía valorativa. Continuará la discusión iniciada desde hace tres siglos cuando la ciencia de la economía se fue desprendiendo de la filosofía. Pero Duque Hoyos aporta una serie sistemática de reflexiones muy válidas sobre el tema, primando acertadamente un enfoque totalmente humanista de la economía y defendiendo la necesidad de relacionarla interdisciplinariamente—al menos como economía aplicada—con todas las demás ciencias del hombre.—J. G.

ZANONI, JOSÉ RAFAEL: *La OPEP y los precios del petróleo*, Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1979, 237 pp.

Con frecuencia, desde no hace mucho, el nombre de este profesor de la Universidad Central de Venezuela aparece en las revistas venezolanas de actualidad firmando artículos sobre petróleo. Esta es su especialidad y dentro de ella el tema de los precios ocupa el mayor espacio.

El autor del libro, objeto de la presente reseña, terminada su formación académica de economista en Caracas y cursado un postgrado en Economía de la Energía bajo la dirección de la Universidad de París realizó y presentó un ambicioso estudio sobre: «La OPEP y los precios del petróleo», con el fin de optar al Diploma Superior de Estudios Especializados. Y este trabajo concluido en septiembre de 1977 fue editado el año pasado en Venezuela como un libro con valor actual, de indudable interés para los estudiosos, profesionales y políticos preocupados y comprometidos con la llamada crisis de la energía.

A pesar de la cambiante coyuntura petrolera, los precios de los crudos presionan al alza con una insistencia no prevista. Precisamente por esto el libro tiene mayor vigencia. El descubrimiento de la problemática de los precios del petróleo constituye algo esencial en relación al conocimiento de la dura realidad energética.

Desde 1973, los precios internacionales del petróleo son fijados unilateralmente por los trece países exportadores de esta materia prima tan necesaria para la producción de energía. Estos países son los miembros de la OPEP. Hasta ahora, las decisiones más importantes de esta organización, fundada en 1960, han sido las relacionadas con los precios. El objetivo del libro «es presentar los elementos más relevantes para el análisis de las decisiones de la OPEP referentes a los precios del petróleo, así como mostrar el dinamismo y las características del mercado petrolero». Precios y mercado marchan unidos, aunque presiones políticas fuercen a veces la dinámica, ya que el petróleo entraña siempre un gran valor estratégico.

En cinco capítulos desarrolla el autor su trabajo analítico y crítico. El primero está dedicado a la OPEP en general, a sus antecedentes históricos, su origen y evolución, su estructura en la toma de decisiones y en la rutina administrativa. Se dedican un par de páginas a la OPAEP (Organización de Países Arabes Exportadores de Petróleo) que ha llegado a ser el núcleo determinante de la OPEP y refleja en ésta sus intereses políticos en pugna.

El análisis de los países miembros de la OPEP constituye el objeto del segundo capítulo: sus características comunes y sus disparidades en producción, reservas, excedentes financieros, estructura socio-económica, etc., y todo ello en relación con los precios petroleros y la consiguiente dificultad para llegar a un acuerdo en esta materia, particularmente en los llamados diferenciales. Arabia Saudita merece unas páginas aparte, ya que produce la tercera parte de la producción total de la OPEP, posee las reservas más voluminosas del mundo y cuantiosos excedentes (petrodólares) que la vinculan financieramente a los grandes países industriales.

A continuación viene el capítulo central del libro, el correspondiente al sistema de fijación de los precios. Es el más largo y el más complicado, pues supone conocimientos previos no siempre fáciles,

dada la realidad muy enrevesada desde su mismo origen. Las grandes compañías, que han obtenido fabulosas ganancias en este negocio tan sucio y recóndito, han cuidado siempre de enmarañar lo más posible su contabilidad. Esta falta de transparencia es observable también en la actual encrucijada que evidencia la diferencia de criterios y ausencia de una metodología técnica dentro de la OPEP.

En el capítulo cuarto, dedicado a las consecuencias económicas derivadas del ascenso de los previos petroleros, se analizan las correspondientes a los diversos países, productores, industriales, sub-desarrollados y a las compañías comercializadoras por separado.

Y para terminar, el último capítulo presenta la vigencia de la OPEP en un futuro previsible y sus dificultades internas permanentes para lograr una política unitaria de producción y precios.

Una serie de estadísticas e informaciones de gran interés se añaden a cada capítulo en forma de anexos. Las páginas que recogen la bibliografía utilizada por el autor, poseen un importante valor de referencia y consulta.—F. MZ. GALDEANO.

MUÑOZ, JUAN; ROLDÁN, SANTIAGO; SERRANO, ANGEL: *La internacionalización del capital en España*, Edicusa, Madrid, 1978, 462 pp.

La infatigable y potente laboriosidad de este equipo de economistas ha quedado patente una vez más con la publicación de su obra conjunta *La internacionalización del capital en España*, que recoge el fruto de anteriores investigaciones en el campo de la estructura económica y más concretamente en el de la empresa española.

Si resulta fácil afirmar y enunciar la tesis del papel relevante que el capital extranjero ha jugado en nuestra economía de 1959 a 1977, su demostración encuentra graves dificultades, debido en gran parte a la escasez de datos estadísticos y a las diversas modalidades que pueden adoptar las inversiones en propiedad (directas, en cartera o en inmuebles) y las inversiones en créditos, que pueden ser comerciales, préstamos Eximbank o préstamos a empresas. Pese a todo, los autores del libro, con gran rigor científico y meti-

culosidad, demuestran, con datos inequívocos, cómo el flujo total de recursos privados externos, que entró en la economía española desde el Plan de Estabilización hasta la caída del antiguo régimen, suma un total de 773.486 millones de pesetas.

La incidencia que este factor foráneo ha tenido sobre el total de las inversiones, la balanza de pagos y el valor añadido en la industria, va desde el 20 por 100 en el primer caso, hasta el 60 por 100 en el último, prueba fehaciente de que el crecimiento económico español no hubiese alcanzado cotas tan elevadas, si sólo hubiese contado con el ahorro anterior.

Sin detenerse en el papel decisivo que también jugó la financiación extranjera durante el siglo XIX y primera mitad del XX, el estudio se inicia con la crisis de 1959, que obligó a crear un marco jurídico más liberalizador en consonancia con la nueva política económica. Tras analizar el peso específico de las inversiones extranjeras, sus países de origen y su distribución geográfica y sectorial, tanto en la industria como en el sector alimentario, dedica el libro más de 50 páginas al fenómeno de las empresas multinacionales, poniendo así de manifiesto la situación de dependencia en que ha entrado el capitalismo español en los últimos diez años.

En la segunda parte se estudia la conexión del capital extranjero con los restantes sectores que articulan el poder económico. Con gran acopio de datos se establecen las vinculaciones de las multinacionales con las 100 grandes empresas, así como con la gran banca nacional, para deducir la posición estratégica de primerísimo orden, que ésta mantiene en la articulación de los principales centros de poder y de decisión.

Tan valioso como el «corpus» del libro, son sus anejos, sus apéndices y la bibliografía, que se inserta al final, entre los que destaca por su novedad el apéndice sexto, donde se recoge la vinculación económica de los ministros del segundo y tercer gobierno de la Monarquía.

El valor de esta obra, en la que se incluyen muchos de los estudios realizados y publicados anteriormente por los autores, reside en el esfuerzo recopilador y sintetizador, que esperamos no cerrará el paso a sucesivas investigaciones y actualizaciones, de un tema tan apasionante y de-

batido, como es el de las inversiones extranjeras en España.—C. GINER.

34. DERECHO

BALLARÍN MARCIAL, ALBERTO: *Derecho Agrario*. Segunda edición. *La Constitución de 1978 y la agricultura española*, Ed. Revista de Derecho Privado, Madrid, 1979, 695 pp.

La parte más extensa de la obra—624 páginas—ofrece la segunda edición del conocido texto ya clásico del autor, «Derecho Agrario», publicado en 1965. Es una nueva edición notablemente enriquecida, sobre todo por la ampliación y la actualización de las notas y de la bibliografía citada al pie de página; está también «aumentada» por discretas ampliaciones y actualizaciones en el texto principal del libro; no está «corregida», en lo que hemos podido descubrir, sino en un concepto, aunque fundamental y básico: el de empresa agraria. No se trata, sin embargo, de rectificar algún error anterior, sino de ir siguiendo la evolución misma reciente de la empresa agraria: desde la noción de unidad elemental de producción está pasando a ser el protagonista microeconómico del sistema agroalimentario. Lógico es, pues, que Ballarín abandone «algunos de los presupuestos que admití hace ya veinte años» (p. 418) para añadir a las actividades productivas tradicionales propias de la empresa agraria, «las conexas de transformación y comercialización, con o sin finalidades lucrativas» (p. 461).

El libro mantiene, pues, esencialmente los valores y características de la primera edición: investigación centrada en «la Parte General del Derecho Agrario» (p. XIX). Va descubriendo sus huellas y realizaciones en la historia política y legislativa española desde las Cortes de Cádiz hasta la Ley de Reforma y Desarrollo Agrario de 1973; estudia en un contexto jurídico internacional las vicisitudes de su génesis, desarrollo e incorporación a los Códigos Civiles; dedica especial atención al reformismo agrario. La segunda parte del libro la consagra a los «problemas fundamentales del Derecho Agrario»: contenido, fuentes, especialidad, naturaleza jurídica, relaciones, método, principios

generales. En todo ello va imbuida una proyección finalista muy importante: el Derecho Agrario como instrumento de igualdad, de libertad y de justicia.

En esta segunda edición el autor ha añadido un extenso comentario sobre «La Constitución de 1978 y la agricultura». Hace en él un somero recorrido de las referencias agrarias en las constituciones españolas anteriores, enjuicia, un tanto

desfavorablemente, el contenido agrario de los Pactos de la Moncloa, se refiere a los conflictos de compatibilidades que pueden surgir entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de Derecho Agrario. Piensa en definitiva que la nueva Constitución puede y debe ser un apoyo válido para el logro de la paridad entre el sector agrario y los demás de la economía en una línea política de «reforma agraria integral».—J. GOROSQUIETA.

REVISTA DE
**FOMENTO
SOCIAL**

Pablo Aranda, 3 - MADRID - 6

PRECIOS DE SUSCRIPCION PARA 1980:

España	830 ptas.
Extranjero	17 \$ USA
Extranjero (vía aérea)	21 \$ USA

ESTA REVISTA ME INTERESA

Nombre y Apellidos:

Calle:

Ciudad: Zona Postal

Provincia País

★ El pago de la suscripción lo hago efectivo:

- Contra reembolso.
- Giro Postal.
- Por domiciliación en m/cc. núm. Banco
- Por Talón Bancario (a nombre de la Revista).

ESTA REVISTA PUEDE INTERESAR A:

(se les enviará un ejemplar gratis)

Nombre y Apellidos

Dirección

Ciudad y Provincia

Nombre y Apellidos

Dirección

Ciudad y Provincia

Nombre y Apellidos

Dirección

Ciudad y Provincia

(Por favor, recorte y envíe este boletín a:

FOMENTO SOCIAL, c/ Pablo Aranda, 3. MADRID-6)

¡GRAN OPORTUNIDAD!

**Magníficos pisos populares
en zona céntrica de Madrid**

DELICIAS, 65

Y

**Pisos dobles, en la mejor área
residencial de Madrid**

SOTO DE LA MORALEJA



Para información y gestiones:

INMOTEC

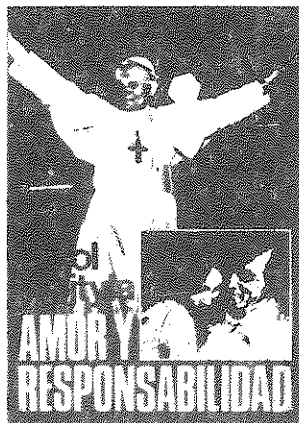
Apolonio Morales, 10 - Teléfono 457 95 26

MADRID - 16

GRANDES EXITOS DE LA EDITORIAL RAZON Y FE

Card. Karol Wojtyla
Juan Pablo II

AMOR Y RESPONSABILIDAD



Los problemas que se refieren al amor, a la castidad, al matrimonio, a la procreación, a la familia. El papel y el valor de la sexualidad están aquí plenamente reconocidos.

12.ª edición

La primera obra del nuevo Papa editada en castellano
352 páginas. 500 pesetas

Jesús M. Granero, S. J.

ORACION EVANGELICA



Una orientación e iniciación en la oración personal, siguiendo las palabras mismas del Evangelio. Con la oración se une la reflexión teológica y la aplicación práctica a los más importantes problemas de la vida espiritual.

6.ª edición

1.281 páginas. 800 pesetas

José Gómez Caffarena, S. J.

**Curso Universitario de Teología
HACIA EL VERDADERO CRISTIANISMO**

2.ª edición revisada

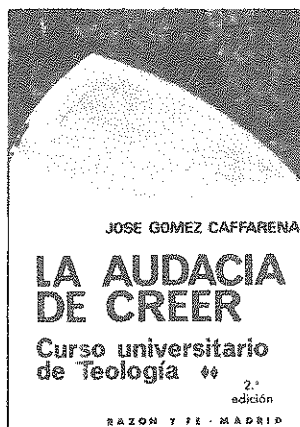
394 páginas. 400 pesetas

LA AUDACIA DE CREER

2.ª edición

287 páginas. 350 pesetas

¿Es posible ser todavía hoy un creyente sincero? ¿Es posible aún ser cristiano en el siglo XX? Estas preguntas se las hacen hoy muchos con cierta angustia. El autor intenta ayudar a responderlas, esclareciendo el *contenido* y la *estructura* de la fe.



Pedidos: EAPSA, Velázquez, 28. Madrid-1 o en librerías