

J.M.de Miguel-J. Díez Nicolás

# Políticas de Población

*Primer estudio sobre políticas de población  
en España, analizando globalmente  
desde los procesos demográficos  
a los de salud pública,  
en el panorama europeo y mundial*



ESPASA  
UNIVERSITARIA

Espasa-Calpe

# Políticas de Población



ESPASA  
UNIVERSITARIA  
*Sociología*

## CONSEJO ASESOR

### **Comunicación y lenguaje**

**JOSÉ LUIS L. ARANGUREN**

Catedrático de Ética y Sociología  
de la Universidad Complutense

### **Filosofía y Pensamiento**

**JOSÉ LUIS ABELLÁN**

Catedrático de Historia de la Filosofía Española  
de la Universidad Complutense

### **Historia**

**CARLOS SECO SERRANO**

Catedrático de Historia Contemporánea de España  
de la Universidad Complutense

### **Ideas e Instituciones**

**RAMÓN GARCÍA COTARELO**

Catedrático de Teoría del Estado  
de la U. N. E. D.

### **Lingüística**

**EMILIO LORENZO**

Catedrático de Lingüística Inglesa y Alemana  
de la Universidad Complutense

### **Literatura**

**FRANCISCO LÓPEZ ESTRADA**

Catedrático de Literatura Española  
de la Universidad Complutense

### **Psicología**

**JOSÉ LUIS PINILLOS**

Catedrático de Psicología  
de la Universidad Complutense

### **Sociología**

**JOSÉ CASTILLO**

Catedrático de Sociología  
de la Universidad Complutense

Jesús M. de Miguel  
Juan Díez Nicolás

Políticas  
de  
Población

Espasa-Calpe, S. A.  
MADRID  
1985

ES PROPIEDAD

© Jesús M. de Miguel y Juan Díez Nicolás, Madrid, 1985

© Espasa-Calpe, S. A., Madrid, 1985

—

Diseño de cubierta Alberto Corazón

—

Depósito legal: M. 17.061—1985

ISBN 84—239—6524—4



Impreso en España  
Printed in Spain

Talleres gráficos de la Editorial Espasa-Calpe, S. A.  
Carretera de Irún, km. 12,200. 28049 Madrid

# ÍNDICE

	<u>Páginas</u>
PREFACIO .....	9
PARTE I. <i>Políticas de población</i> .....	13
1. Política demográfica: Concepto y aplicaciones.....	15
2. Estudio de la población y demografía .....	21
Bibliografía básica .....	49
PARTE II. <i>Comparaciones internacionales</i> .....	51
3. Estructura y evolución de la familia europea .....	53
Bibliografía básica .....	73
4. Políticas de población en Europa.....	75
5. Ayuda internacional para políticas demográficas .....	95
6. Política internacional de S.P.T.-2000.....	113
PARTE III. <i>Planificación de políticas concretas</i> .....	131
7. Planificación familiar y actitudes de la mujer .....	133
8. El caso de la infancia .....	157
9. Tendencias en la ancianidad .....	181
10. Política profesional médica .....	205
11. Recursos públicos en sanidad.....	227
12. Siete políticas erróneas .....	247
13. Modelos de participación de la población .....	277
14. Para una política de población .....	295
ABREVIATURAS .....	301



## PREFACIO

El libro que el lector tiene entre sus manos es fruto del trabajo continuado, a veces en equipo, a veces por separado, de los autores. La mayor parte de las investigaciones y estudios que han servido de base para su elaboración han sido realizados entre las dos últimas Conferencias Mundiales de Población: la de 1974 en Bucarest, y la de 1984 en Méjico. Uno de los autores, el profesor Díez Nicolás, formó parte de la Delegación que representaba al Gobierno Español en ambas conferencias, y es, asimismo, el representante del Gobierno Español en el Comité de Población del Consejo de Europa desde 1980 (ocupando en la actualidad la vicepresidencia de dicho Comité). En cuanto al otro autor, el profesor de Miguel, lleva varios años representando al Gobierno Español en la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), y es desde 1982 asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo. Sirvan estas referencias, una vez más, como prueba inequívoca de la dedicación continuada de ambos autores, durante dos décadas, a la investigación y a los estudios de población en sus más variados aspectos (natalidad, mortalidad, planificación familiar, salud y morbilidad, grupos por sexo y edad, etc.), todos los cuales conducen, de forma más o menos directa, a cuestiones relacionadas con la política o las políticas de población.

Aunque el libro pueda parecer una recopilación de trabajos previos, todos ellos han sido cuidadosamente actualizados y coordinados entre sí, con el fin de lograr el máximo de unidad y coherencia. Esta tarea ha sido, posiblemente, la más ardua, ya que continuamente pueden incluirse datos más recientes; a título de ejemplo, puede señalarse que cuando el original fue entregado a la editorial apenas se citaban datos relativos al Censo español de población de 1981; al corregir pruebas, sin embargo, puesto que estaban publicándose los datos correspondientes a características de la población, se incluyeron todos aquellos que parecieron relevantes y que actualizaban los ya incluidos.

Este libro es también producto de muchos años de docencia en la Universidad española, y, por tanto, debe mucho a la experiencia de interaccionar curso a curso con los estudiantes, lo que ha permitido, o al menos así lo creemos, una mayor claridad y sistemática en la exposición.

En cuanto a la oportunidad del libro, o a su necesidad, no recurriremos al fácil argumento de que 1984, aparte de ser el año orwelliano, es también el año en que se ha celebrado la IV Conferencia Mundial de Población (las dos primeras, en 1954 y 1965, se celebraron en Roma y Belgrado, respectivamente). La oportunidad del libro se basa en la creciente importancia que están adquiriendo los problemas demográficos en todo el mundo, problemas de cantidad y de calidad. En efecto, es problemático que los países menos desarrollados estén creciendo a un ritmo tan rápido que puedan duplicar su población en sólo veinte o veinticinco años; pero es igualmente problemático que algunos países europeos estén ya experimentando un crecimiento real negativo, y que el resto de los países europeos estén todos muy cerca de un crecimiento cero de su población. Es problemático que en los países menos desarrollados casi la mitad de la población tenga menos de quince años; pero es igualmente problemático que los países europeos tengan poblaciones cuya estructura envejece a tal ritmo que pronto llegarán a tener un 20 por 100 de su población con más de sesenta y cinco años.

Las cuestiones demográficas han pasado hoy, en algunos de sus aspectos, según las características de cada país, a convertirse en cuestiones políticas, en la medida en que condicionan extraordinariamente, posibilitando o entorpeciendo, las políticas económicas, sociales y territoriales de todos los gobiernos. Ello no significa que todos los gobiernos deban tener, necesariamente, una política demográfica explícita, pero sí exige que ciertos objetivos y políticas demográficas se tengan en cuenta a la hora de coordinar las actuaciones de los gobiernos prácticamente en cualquier sector.

España, como la inmensa mayoría de los países occidentales, no ha tenido ni tiene una política demográfica explícita, pero ello no debe impedir que existan objetivos y políticas demográficas implícitas al elaborar los objetivos y políticas sociales, económicos y territoriales. En todo caso, deben siempre tenerse en cuenta los dos principios básicos respaldados casi unánimemente por la comunidad internacional: 1) que ningún país ni organización internacional puede imponer a otro país una determinada política demográfica, ya que ello atenta contra la soberanía nacional; y 2) que ningún gobierno puede imponer a ningún individuo un determinado comportamiento demográfico, pues ello atenta contra la dignidad y libertad de todo ser humano. Estos dos principios, sin embargo, son perfectamente compatibles con los programas

de educación y con los estímulo (positivos y negativos) para orientar a los países y/o a los individuos respecto a cuáles son los comportamientos más acordes con los objetivos y políticas mencionados.

En las páginas que siguen, por tanto, se tratan la mayor parte de las cuestiones que hoy preocupan en casi todos los países. Y no parecería lógico desaprovechar esta oportunidad para sugerir a quien corresponda, como suele decirse, cuatro acciones concretas que existen ya en casi todos los países occidentales, y que no suponen apenas incremento del gasto público (requisito indispensable en épocas de crisis económica como la actual para que una sugerencia sea al menos oída, si es que no puede ser escuchada). Estas acciones son: 1) Creación de una Comisión Parlamentaria (del Congreso, del Senado o mixta) que se ocupe específicamente de las cuestiones demográficas para prestar su asesoramiento en los trabajos parlamentarios; 2) Creación de un órgano asesor (Consejo Nacional de Población o similar) en el ejecutivo para asesorar al Gobierno en cuestiones demográficas; 3) Creación de institutos universitarios sobre cuestiones de población (y, por consiguiente, interfacultativos) en las universidades españolas, en las cuales se puedan desarrollar las investigaciones demográficas desde una perspectiva interdisciplinar, que es la única posible en la actualidad, y 4) Elaboración de un informe anual sobre la situación demográfica española por parte de alguno de los tres órganos anteriormente citados, o por cualquier otro ya existente, como el Instituto Nacional de Estadística, con suficiente capacidad técnica y científica para ello.

Finalmente, queremos agradecer la ayuda que a lo largo de muchos años hemos recibido de decenas de personas e instituciones. No es fácil elaborar siquiera una lista abreviada, pues siempre habrá omisiones que, desde luego, son involuntarias. En primer lugar, deseáramos agradecer la ayuda que, para una versión inicial de este texto, proporcionó la Dirección General de la Juventud y Promoción Sociocultural, siendo entonces su titular Carmela García Moreno. En todo caso, no querríamos dejar de mencionar fundaciones como la Ford o la Rockefeller, a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud o el Consejo de Europa, al Instituto Nacional de Estadística, que tantos datos o informaciones nos ha proporcionado, a las universidades de Barcelona (Autónoma) y Madrid (Complutense), así como a las de Michigán y Yale, a nuestros colegas que tanto nos ayudaron con sus críticas y comentarios, a los alumnos de tantos años que han sido nuestro «banco de pruebas», a nuestras familias y, desde luego, a las sufridas colaboradoras que en diversos momentos han mecanografiado revisiones diversas de estos textos: Nuria Langreo, Paloma Dutrús (q.e.p.d.), Marisa López, Begoña Napal y Margarita Gago. Pero, de manera especial, queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento al profesor José Castillo Castillo, que no sólo hizo po-

sible esta publicación, sino que leyó minuciosamente el manuscrito de principio a fin, ofreciéndonos con su *savoir faire* granadino muy variadas y útiles sugerencias que han mejorado sustancialmente el texto. Y finalmente, aún reconociendo que no es una práctica muy habitual, los autores coincidieron en que nunca habían encontrado, en su ya dilatada experiencia publicista, un equipo de corrección de pruebas y estilo tan profesional y tan minucioso como el que se ha ocupado de este libro; resulta obligado, pues, dejar aquí constancia de nuestro agradecimiento a estas personas que, para mayor profesionalidad, han deseado permanecer en el anonimato. A todos, muchas gracias, por su ayuda física o moral.

PARTE I

POLÍTICAS DE POBLACIÓN



## CAPÍTULO 1

# POLÍTICA DEMOGRÁFICA: CONCEPTO Y APLICACIONES

La «política demográfica» o «política de población» es un término que se refiere no al análisis de los factores sociales en la explicación de las variaciones del llamado movimiento natural de la población (natalidad, mortalidad, nupcialidad), sino precisamente a un proceder contrario: al *intento de modificar la estructura demográfica de una población con objeto de mejorar su situación, desarrollo, o procesos de desigualdad social*. Trata, pues, de alterar el volumen, densidad, ritmo de crecimiento, distribución, o dinámica de la población de un país o área geográfica. El objetivo general suele ser el de favorecer el desarrollo socioeconómico, y además disminuir las desigualdades sociales y desequilibrios regionales. En ese sentido el éxito de una política de población se mide en términos de salud de la población, nivel educativo, pleno empleo, acceso a servicios sociales, etc. De la demografía surgieron dos enfoques progresivos (o críticos): la explicación histórica y sociológica de la estructura y dinámica de la población por un lado; y el cambio de las variables demográficas precisamente para alterar (se supone que beneficiosamente) la realidad socio-económica. Es esta segunda línea intelectual la que dio origen a la moderna política de población.

En un principio la política de población se desarrolló como la solución conservadora dentro de la polémica novecentista del *marxismo* frente al *malthusianismo* (y después neomalthusianismo). Pero no es hasta el período de entreguerras cuando se empieza a hacer patente una política demográfica progresiva, que no sólo busca el desarrollo económico global, sino contribuir a la disminución (e idealmente a la desaparición) de las desigualdades sociales. El movimiento feminista apoya este nuevo punto de vista, pues se preocupa especialmente por la salud de la mujer y de sus hijas e hijos.

La política demográfica se entiende, pues, como el conjunto de medidas, programas y planificación del sector público (es decir, del gobierno de un país) dirigidos a producir cambios cuantitativos y cualitativos en los procesos demográficos, en la calidad de vida de la población, así como a contrarrestar los efectos no deseados de la estructura demográfica. Los dos objetivos básicos son, pues, el facilitar el desarrollo socio-económico de un país, y mejorar la calidad de vida de la población, reduciendo a la vez las desigualdades existentes entre la población. El tema más importante de la política demográfica es la relación entre la población y los recursos. Dado que el capital humano es parte de los recursos, el nivel y calidad de vida de la población es un asunto central en la moderna política demográfica <sup>1</sup>.

En un sentido restringido se ha entendido a veces la política demográfica como un plan nacional que trata únicamente de aumentar o de limitar la tasa de natalidad en un país. Así, la antigua política demográfica (cuando existía) se resumía en tratar de retrasar el matrimonio, imponer cargas económicas adicionales a los solteros, apoyar económicamente a los hijos y a las familias numerosas, y poner trabas a la emigración (incluso la interior, o del campo a la ciudad). Se creía, equivocadamente, que una nación próspera y poderosa era un pueblo numeroso y que no migraba. Esta visión romantizada del siglo pasado se demostró luego como la inversa de la realidad en los países desarrollados del mundo occidental. Estamos ya lejos, no sólo ideológica sino científicamente también, de la creencia de que «gobernar es poblar», que un país rico es un país poblado, o del sueño de una España compuesta por cuarenta millones de personas.

La política de población puede ser curativa o preventiva, en el sentido de actuar para resolver un desajuste o bien para prevenir un problema social que se avecina. La población de un país sigue pautas estudiadas que normalmente tienen efectos previsibles en diez o veinte años, como: necesidades de servicios sanitarios, escuelas, viviendas, universidades, puestos de trabajo, etc. Cualquier cambio irreflexivo en la política de población (o simplemente la falta de una política efectiva) puede suponer luego problemas insalvables, un deterioro del nivel de vida de la población, o el incremento de las desigualdades sociales <sup>2</sup>.

El cambio de las variables demográficas no es, pues, un fin en sí mismo, sino un medio. La política de planificación familiar (o control de natalidad), por ejemplo, no se justifica (ni se rechaza) ideológicamente, sino que, partiendo del reconocimiento del principio de libertad

---

<sup>1</sup> Un punto de vista general aparece en Ford Foundation, *Understanding Population* (Nueva York, Ford Foundation, 1976), 39 págs.

<sup>2</sup> Uno de los estudios internacionales mejores es: National Academy of Sciences, *Rapid Population Growth: Consequences and Policy Implications* (Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1971), 2 vols.

individual, y del derecho de las parejas a decidir el número y espaciamiento de los hijos/as, formula objetivos públicos deseables en términos de alimentación de la población, pleno empleo, salud de la madre, educación de los hijos e hijas, distribución de recursos, y niveles de igualdad entre sectores privados y públicos. En el mundo hay políticas nacionales de planificación familiar (para reducir o aumentar la natalidad) desde los años sesenta, siendo España una de las pocas excepciones del área occidental. Es curioso señalar, sin embargo, que a menudo las políticas de control de natalidad obedecen a razonamientos diferentes.

La modificación de la estructura de la población puede realizarse en cuatro áreas, que aparecen altamente interrelacionadas: *nupcialidad*, *fecundidad*, *mortalidad* y *migraciones*. También se puede incluir una quinta sobre distribución de la *población activa*. Hay que destacar la importancia de los factores sanitarios en estas áreas, sobre todo en mortalidad y fecundidad. El proceso demográfico más importante de los últimos siglos no es otro que el rápido descenso de las tasas de mortalidad, que indirectamente han provocado el decrecimiento de las tasas de natalidad. El análisis de la salud pública es, pues, uno de los factores esenciales en la definición de una política demográfica efectiva. Se entiende que la natalidad pueda favorecerse o no, pero que no existe ninguna justificación para tratar de incrementar la mortalidad. A su vez, la nupcialidad está estrechamente relacionada con pautas familiares, de sexualidad, e higiénicas. Lo normal no es el diseño de una política errónea de población, sino simplemente la falta absoluta de una política demográfica. España es un caso notable de esta segunda alternativa. Difícilmente es posible, pues, evaluar ninguna política de población, salvo intentar adivinar las líneas implícitas de la política gubernamental secular.

El problema central es que los cambios en el subsistema demográfico son difíciles, y suponen alteraciones de muchos otros sectores. Por ello, toda política seria de población supone el desarrollo considerable de una *teoría demográfica* aplicada a un país o región. En la actualidad preocupan los cambios en cantidad y calidad de la población, su distribución geográfica, su nivel de salud y de educación, y su relación con el entorno geográfico y los recursos existentes en la sociedad. La hipótesis básica de la que partimos en nuestra investigación es que el nivel y calidad de vida de las personas *dependen de*, a la vez que *inciden sobre*, variables de política demográfica como fecundidad, mortalidad y distribución regional y urbana de la población. En consecuencia, la política demográfica incluye actualmente al menos cinco campos de investigación, que aparecen luego recogidos analíticamente en la investigación: 1) El estudio del cambio de los procesos de fecundidad, y sobre todo el control de natalidad (incluyendo la Interrupción Volunta-

ria del Embarazo, I.V.E), la planificación familiar en su sentido más general. Se incluye aquí también el análisis de la condición de la mujer, y sobre todo su papel en el ciclo productor y reproductor. 2) El análisis de las pautas de mortalidad y morbilidad con especial referencia a las causas más importantes de fallecimiento (que en la actualidad son: cardiovasculares, cáncer, y accidentes). Tradicionalmente se dedica un énfasis especial al estudio de la infancia. En general, este campo incluye el análisis del nivel de salud de la población, del sistema sanitario, y de la salud pública. Más modernamente se realizan estudios de atención primaria de salud. 3) Análisis de la distribución territorial de la población, y de las tendencias migratorias, estudiando tanto las migraciones interiores como las exteriores. La dicotomía rural-urbana es un problema que requiere un análisis detallado. 4) Investigación de la estructura y dinámica de la población activa, de las condiciones y calidades de trabajo, así como de la política respecto al paro. 5) Algunas veces se incluye además el estudio de los modelos de participación de la población, y de los derechos de la población en cuestiones como el control de natalidad, la morbilidad, y el cambio de residencia.

Se entiende que normalmente la política de población de un país es una tarea del sector público. El sector privado puede colaborar (sobre todo si le conviene para sus intereses), pero es responsabilidad del gobierno el definir las líneas básicas de una política de población. El papel de los organismos internacionales (fundamentalmente las Naciones Unidas, y la Organización Mundial de la Salud) define únicamente lo que se denomina la «Estrategia Global», como, por ejemplo, la S.P.T.-2000 (*La Salud Para Todos en el año 2000*), o el reparto del 0,7 por 100 del producto interior bruto para un fondo de redistribución internacional<sup>3</sup>. El control del crecimiento de la población mediante sistemas no-negativos para los usuarios puede ser un instrumento público que permita a los gobiernos conseguir un mayor desarrollo económico y social, incrementar el nivel de salud y la calidad de vida de la población (e incluso de las futuras generaciones), así como conservar y mejorar el medio-ambiente. No obstante, la política demográfica, incluso en países desarrollados europeos, no siempre se plantea el control de la natalidad o el del crecimiento de la población. Las circunstancias particulares de cada país pueden aconsejar, en un determinado momento, una política demográfica tendente a incrementar la natalidad y/o al crecimiento de la población.

Igualmente importante es la reducción de las desigualdades en la población, así como la pobreza existente todavía en ciertas regiones y

---

<sup>3</sup> Conviene, además, tener en cuenta el Informe del Banco Mundial, *Política de población y desarrollo económico* (Madrid, Tecnos, 1975), así como el informe *Global 2000* (publicado también por Tecnos).

grupos sociales. Por lo tanto, en nuestra investigación, las políticas de control de la fecundidad no se estudian aisladamente, sino en relación con otras políticas de recursos humanos, y naturalmente en íntima conexión con los recursos sanitarios. En un sentido práctico una política de población no es separable de un proceso de desarrollo socio-económico global <sup>4</sup>.

La presente investigación sienta las bases para una política demográfica española en comparación con otros países, especialmente los europeos, y detalla los aspectos esenciales de esa política, terminando con unas recomendaciones específicas para ser aplicadas. El trabajo se divide en tres partes. En la *primera* se define la política de población según las tendencias más modernas, en un contexto teórico. Para ello conviene antes señalar los conceptos básicos del estudio de la población, y en especial los relativos a fecundidad, mortalidad, y población activa. Se desarrollan las aplicaciones teóricas de la política demográfica en el mundo, enfatizando los aspectos más cualitativos.

En una *segunda* parte se realizan comparaciones internacionales de España con otros países del mundo, sobre todo con los del área europea. Esencialmente esta parte se divide en cuatro: una relativa a la familia europea, dos relativas a la población, y la otra a la calidad de vida. En el capítulo cuarto se comparan las políticas de población en Europa analizando la situación presente y futura del mundo. En el capítulo quinto se presenta la Declaración de Colombo y los sistemas de ayuda internacional para las políticas demográficas. En el capítulo sexto se analiza la política sanitaria internacional de S.P.T.-2000 («Salud Para Todos en el año 2000») y en concreto la Declaración de Alma-Ata, la Estrategia Global, su repercusión para Europa, y su aplicación a España.

En la *tercera* parte se pasa revista a las políticas concretas en el caso español. En el capítulo séptimo se estudia la política de control de natalidad en España, así como las pautas actuales de planificación familiar, y las actitudes de la mujer. Un caso importante, por sus relaciones con la fecundidad y la mortalidad, es el de la infancia, que se analiza en el capítulo octavo. En concreto nos referimos a la mortalidad infantil en España (comparándola con las tasas mundiales), a las políticas de atención primaria a la infancia, los procesos históricos, la población activa dedicada a ello, y los recursos físicos.

En el capítulo noveno se estudian las tendencias españolas en la ancianidad, cuestión que va a adquirir una gran importancia. El aspecto siempre olvidado es el de la participación de la población en la delimi-

---

<sup>4</sup> Una perspectiva sociológica puede verse en Salustiano del Campo, *La política demográfica en España* (Madrid, Edicusa, 1974). Véase también su libro *La evolución de la familia española en el siglo XX* (Madrid, Alianza, 1982).

tación de las políticas demográficas y de servicios sociales (incluyendo sanidad), tema que se analiza en el capítulo trece tratando de definir posibles modelos futuros para el caso español, además de comparar los ya propuestos. Otro aspecto importante de la planificación de políticas concretas de población es el de los recursos humanos, y específicamente el rol de la profesión médica, cuestión que se aborda en el capítulo décimo.

En el capítulo once se analizan los recursos públicos en el sector sanitario español, así como su distribución, y aplicación a la reducción de desigualdades sociales y sanitarias. Finalmente, conviene señalar algunas de las políticas e hipótesis erróneas en torno a sectores concretos de la política de población (en este caso a la salud pública). El libro termina con una serie de recomendaciones concretas sobre estudios, programas y estrategias que convendría seguir en España para aplicar una política demográfica racional y moderna.

Todo gobierno debería tener una política demográfica, en el sentido de un conjunto de objetivos, directrices, y medidas del sector público que se consideran deseables para lograr el máximo bienestar social. Pero toda política de población debe partir del principio básico del respeto a la libertad del ser humano limitado simplemente por la libertad de los demás. Por consiguiente, debe plasmarse básicamente en estímulos y alicientes para que la persona acomode su comportamiento al deseable para la comunidad. Las políticas demográficas restrictivas de la libertad individual, tal y como ésta se concibe generalmente en el mundo occidental, nos parecen por tanto rechazables.

## CAPÍTULO 2

### ESTUDIO DE LA POBLACIÓN Y DEMOGRAFÍA

Dentro de la sociología los estudios sobre la población son los que generalmente más interés despiertan, ya que sus temas se encuentran en las polémicas diarias sobre el control de natalidad, crecimiento cero de la población, explosión demográfica, legalización del aborto, eugenesia, nivel de salud de la población, pobreza mundial, esterilización, etc. Al estudioso de la población le interesa no sólo encontrar criterios claros para entender estos problemas, sino una breve evolución histórica de la especie humana sobre la tierra, y además un marco de referencia básico en el que encuadrar los otros análisis parciales de esta sociedad en la que nos ha tocado vivir.

#### LA POBLACIÓN MUNDIAL.

Debe diferenciarse claramente la demografía, el análisis demográfico, y la sociología de la población. La *demografía* se ocupa fundamentalmente de la medición y descripción de las principales variables demográficas. El *análisis demográfico*, a su vez, constituye un intento explicativo de las relaciones entre las diferentes variables demográficas, y puede incluso llegar a establecer modelos explicativos/predictivos relativamente cerrados y auto-inclusivos. La *sociología de la población* amplía la perspectiva, incluyendo en las explicaciones/predicciones otras variables no específicamente demográficas.

El estudio de la población se basa fundamentalmente en el análisis de tres factores: natalidad, mortalidad y migración. Dado que estas tres variables conforman la estructura básica de cualquier sociedad, es decir, la estructura por sexo y edades, la demografía suele incluir

además el estudio de la fuerza de trabajo (o *población activa*), los procesos de urbanización y crecimiento de las ciudades, y en general las pautas de distribución espacial de la población. La hipótesis fundamental es que las causas de los cambios en la población son sobre todo sociales, no biológicas ni médicas, y sujetas a pautas culturales. No sólo la natalidad, mortalidad y migraciones están en su mayor parte determinadas por causas sociales, sino que a su vez determinan muchas de las relaciones de la estructura social. En resumen, los sociólogos de la población no sólo se dedican a investigar los orígenes de los cambios de población, sino también el impacto de tales cambios en la sociedad actual.

La función última del demógrafo es la de hacer de «pitonisa» social, prediciendo la población futura del mundo, y los problemas que se avecinan. Sin embargo, muchas predicciones demográficas han fracasado en el pasado. Mientras tanto la demografía se ha ido complicando considerablemente; el desarrollo de los modernos sistemas de proceso de datos y el progreso de la estadística han complicado —y según algunos, han hecho más árido— el estudio de la población. Sin embargo, los estudios demográficos pueden todavía estar llenos de hipótesis imaginativas y teorías novedosas.

Los datos demográficos son posiblemente los de mayor calidad con que cuentan los científicos sociales para el estudio de la realidad social. Hace más de cinco mil años ya existían recuentos de población; los sumerios, chinos, hebreos, y antiguos egipcios realizaban *censos de población* con objeto de cobrar impuestos, tributos, o poder llamar a la guerra a la población masculina. Los censos modernos no sólo cuentan la población, sino que incluyen numerosos datos sobre vivienda, familia, fecundidad, educación, ocupación, etc. El primer censo moderno del mundo se realizó en Suecia en 1749; el primero español fue el de 1768, es decir, anterior al primero de los U.S.A. (de 1790) y al de Gran Bretaña (de 1801). La mayoría de los países del mundo realizan los censos en los *años-cero*, es decir: 1900, 1910, 1920, 1930, 1940, etcétera, y casi siempre referidos al 31 de diciembre. Aparte del recuento de todos los habitantes del país cada diez años, existen estadísticas anuales del *registro civil*, en donde se compilan datos de nacimientos, casamientos y defunciones (en España se conoce como el *Movimiento natural de la población*).

Las primeras teorías sistemáticas sobre la población empezaron en el siglo XVIII con los mercantilistas, quienes defendían la tesis tradicional de que el aumento de la población era beneficioso, pues apoyaba la idea del progreso humano, y que el Estado debía fomentar la natalidad (doctrinas de Condorcet y Godwin entre otros). Fue un pastor protestante, y economista, Thomas R. Malthus (1766-1834), quien se hizo famoso oponiéndose a esa utopía del progreso ilimitado de la humani-

dad, y escribiendo los primeros estudios serios sobre los problemas de población en el mundo. Su obra magna se tituló: *Un ensayo sobre el principio de la población, o un estudio de sus efectos presentes y pasados en la felicidad humana, con un análisis de las posibilidades de eliminación o mitigación de los males que esta ocasiona*. Esta obra, que brevemente se conoce como el *Ensayo sobre la población*, apareció por primera vez en 1798, y en 1826 ya había alcanzado la sexta edición. La hipótesis del libro se condensa en la observación —según Malthus— de que la población del mundo crece geoméricamente mientras que los alimentos y otros recursos sólo crecen aritméticamente. Según esto ninguna población podrá seguir creciendo indefinidamente, ya que se vería limitada por la escasez mundial de recursos, que a su vez terminaría limitando la población. Los frenos a este crecimiento pueden provenir de catástrofes (Malthus citaba tres: el hambre, la epidemia y la guerra) o de una conducta humana (continencia sexual, o vicio moral). Para Malthus la solución no era el control de natalidad, conducta condenable para él, sino la continencia sexual dentro —y, por supuesto, fuera— del matrimonio, y sobre todo el retraso en el matrimonio. Ambos sistemas, por ejemplo, fueron usados en abundancia hasta fecha tan próxima como la España de los años cuarenta.

Las teorías socialistas y marxistas posteriores negaron el problema de la superpoblación del mundo, sosteniendo que cualquier desajuste demográfico se resolvería automáticamente en una sociedad socialista. La superpoblación para Karl Marx (1818-1883) no dependía de la multiplicación biológica de la especie humana, sino de la forma de producción capitalista, que apoya la acumulación del capital y mantiene un excedente de población, precisamente para servir como fuerza de trabajo «barata» y «explotable».

El miedo a la superpoblación del mundo llevó en las últimas décadas a la obsesiva preocupación por el espacio libre (*Lebensraum*) y al mejoramiento de la raza (eugenesia). Estas ideas contribuyeron a las actitudes agresoras nazis y fascistas. Aunque diferente en sus consecuencias, la machacona idea de Franco de que España llegaría algún día a mantener «cuarenta millones de españoles», pertenece a la misma creencia de que un país fuerte e imperial es un país populoso y denso. Las ideas eugenésicas del mejoramiento de la raza llegaron a solicitar la eliminación de seres humanos (los judíos, para empezar) y la esterilización de los individuos no-perfectos. Todavía en los años cuarenta, en España, algunos se planteaban seriamente la polémica de la «asexualización de los psicópatas», es decir, la castración de los (supuestos) enfermos mentales.

Afortunadamente para todos la producción mundial de alimentos en las últimas décadas ha crecido a un 2,8 por 100 al año, es decir, ligeramente superior al 2 por 100 del crecimiento de la población. Sin em-

bargo, los desequilibrios son enormes; los Estados Unidos, con un 6 por 100 de la población del mundo, consume el 40 por 100 de los recursos del planeta. Mientras tanto el 70 por 100 de la población del mundo, que vive en el *Tercer Mundo* (Asia, África y Latinoamérica) sólo consume el 20 por 100 de la renta mundial. Y lo que es peor, la mayor parte de las exportaciones de los países del Tercer Mundo a Europa o Norteamérica son precisamente productos alimenticios (una de las pocas producciones de los países pobres, además de minería), con objeto de poder comprar tecnología moderna. La desigualdad social y la pobreza son cada vez más visibles, debido al desarrollo de los sistemas de comunicación masivos. Los efectos sociales de esta situación paradójica son todavía difíciles de predecir.

A lo largo de nuestras vidas la población del mundo se habrá triplicado, un suceso sin precedentes en la historia de la humanidad. Hacia el año 8.000 a. de C., el ser humano empezó a domesticar animales y a cultivar sistemáticamente la tierra, iniciándose así el proceso de control humano sobre los recursos alimenticios. Desde entonces, la población del mundo no ha hecho más que crecer:

*Población mundial*  
(En millones de habitantes)

Años	
8000 a. C.	5
0	250
1650	500
1850	1.000
1950	2.000
1970	3.600
1985	4.000
2000	7.000

Desde mediados del siglo XVII, la población mundial tardó unos doscientos años en doblarse (de 500 a 1.000 millones de habitantes); volvió a doblarse en sólo 100 años (entre 1850 y 1950); y en la actualidad la población del mundo se duplica *cada 35 años*. En resumen, más de la mitad del crecimiento de la humanidad a lo largo de su historia ha ocurrido en este siglo. Existen hoy unos 4.800 millones de habitantes, creciendo a un *ritmo anual del 1,7 por 100*, lo que representa una de las tasas más altas de la historia. A esta velocidad el mundo tendría 6.200 millones en el año 2000, 48.000 millones en el año 2100, y nada menos que 380.000 millones en el año 2200. Sin embargo, en la actualidad las familias no tienen más hijos o hijas que hace dos siglos;

la explicación no reside pues en un incremento de la natalidad, sino en una disminución sin precedentes de la mortalidad de los seres humanos.

El crecimiento de la población mundial entre 1970 y 1980 es aproximadamente de un 20 por 100. Las regiones industrializadas crecen actualmente a un 10 por 100 decenal, y las menos desarrolladas entre un 25 y un 30 por 100. El crecimiento más bajo es el de la Europa occidental:

*Crecimiento de la población entre 1970 y 1980*  
(En porcentajes)

Mundo .....	20,4
Regiones desarrolladas .....	10,4
Regiones no-desarrolladas .....	24,9
Europa oriental .....	7,8
Europa nórdica y occidental .....	4,7
Europa meridional .....	5,5
Portugal .....	4,6
Grecia .....	6,5
Italia .....	6,6
Francia .....	7,6
España .....	8,8
Yugoslavia .....	10,2

España mantiene todavía una tasa de crecimiento alta en relación con el resto de Europa, incluyendo los países del Mediterráneo y Portugal.

El tremendo incremento de la población en el mundo debe ser considerado no sólo como un problema, generado por el propio ser humano, sino también como un triunfo del ser humano sobre el entorno. El *crecimiento natural o vegetativo de la población* se suele medir simplemente como el exceso de nacidos, en un año, sobre el número de defunciones. Por ejemplo, en 1980 en España las cifras aproximadas fueron:

	España en 1980
Número de nacimientos .....	565.400
Número de defunciones .....	287.600
<i>Incremento natural</i> .....	277.800

En el verdadero cálculo del crecimiento de la población hay que tener en cuenta un factor más, el *saldo migratorio*, es decir los *inmigrantes* (personas de fuera que vinieron a residir al país) menos los *emigrantes* (ciudadanos del país que han marchado a vivir fuera).

Las variaciones regionales de las tasas de crecimiento son quizá las más grandes de la historia de la humanidad. Latinoamérica y África

tienen tasas de crecimiento anual cercanas al 3 por 100; Asia y Oceanía (con la excepción de Japón), alrededor del 2 por 100; y Norteamérica y Europa, inferiores al 1 por 100. Por esta razón, Latinoamérica dobla la población cada 24 años, y Europa cada 88 años. La evolución de la población en el mundo por continentes puede verse en la tabla 2.1. Los países desarrollados concentran el 28 por 100 de la población mundial, mientras que los no-desarrollados (ya sean subdesarrollados o en vías de desarrollo), el 72 por 100 restante. Si las tasas actuales de crecimiento continúan, los países desarrollados representarán en el año 2000 sólo al 21 por 100 de la población, y los no-desarrollados aumentarán al 79 por 100. Paradójicamente, cada vez habrá más habitantes en regiones pobres que en regiones ricas. Actualmente, ya, con la excepción de Israel, ninguno de los 20 países más ricos del mundo está en Asia, África o Latinoamérica.

TABLA 2.1  
*Evolución de la población del mundo por continentes*

Continentes	Población en millones					
	1650	1750	1850	1950	1970	1980
Asia .....	327	475	741	1.355	2.056	2.579
Europa .....	103	144	274	572	705	749
África .....	100	95	95	217	344	470
Latinoamérica .....	12	11	33	162	283	364
Oceanía .....	2	2	2	13	19	23
Norteamérica .....	1	1	26	166	228	248
<b>Total Mundial.....</b>	<b>545</b>	<b>728</b>	<b>1.171</b>	<b>2.485</b>	<b>3.635</b>	<b>4.433</b>
Continentes	Distribución en porcentajes					
	1650	1750	1850	1950	1970	1980
Asia .....	60,2	65,2	63,1	54,6	56,6	58,2
Europa .....	18,7	19,8	23,5	23,0	19,4	16,9
África .....	18,3	13,1	8,1	8,7	9,5	10,6
Latinoamérica .....	2,2	1,5	2,8	6,5	7,8	8,2
Oceanía .....	0,4	0,3	0,2	0,5	0,5	0,5
Norteamérica .....	0,2	0,1	2,3	6,7	6,2	5,6
<b>Totales.....</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos de las Naciones Unidas.

A pesar de que es Latinoamérica quien mantiene las tasas de crecimiento más altas del mundo, la atención de los demógrafos se centra en Asia, que ya en 1980 representaba el 58 por 100 de la población mundial, con una alta densidad. China sola contiene aproximadamente la quinta parte de la población del mundo. Se calcula que para el

año 2100 la población de Asia llegará a ser el 64 por 100 de la del mundo, y que Europa pasará del 14 por 100 actual (sin contar la U.R.S.S.) al 5 por 100.

La teoría del *Crecimiento Cero de la Población* (C.C.P.), o más popularmente conocida por las siglas anglosajonas «Z.P.G.», es una situación estacionaria de la población de un país, cuando el número de nacimientos cada año es prácticamente igual al de defunciones, y por lo tanto la población total no aumenta ni disminuye. Esta situación es difícil de alcanzar, ya que aunque las fluctuaciones de la mortalidad son más difíciles de ocurrir, la natalidad es más variable (en los países ya desarrollados). El C.C.P. se ha convertido en el *slogan* de los partidarios del control de natalidad. Sin embargo, el problema fundamental es que aunque se redujesen mucho los nacimientos la población tendería a seguir creciendo otros 45 ó 50 años más, debido a las cantidades de jóvenes en la población que producirían un aumento de la natalidad una década después (esto es lo que se llama una *natalidad-eco*). Por eso, para obtener el C.C.P. sería necesario conseguir incluso, durante unos años, un crecimiento negativo de la población. Los partidarios del C.C.P. han demostrado que una población estacionaria da lugar a una proporción mayor de personas trabajando, y a una proporción menor de jóvenes y ancianos (la que normalmente se denomina *población dependiente*).

Los dos factores fundamentales a tener en cuenta al analizar la estructura de una población son la *edad* y el *sexo*, pues ambos determinan en gran medida no sólo la mortalidad sino también la natalidad y la migración. Por ejemplo, más de la mitad de la población del Tercer Mundo es menor de 20 años; en Latinoamérica, nada menos que el 38 por 100 de la población es menor de 15 años (en España el 25 por 100). Este hecho sugiere que el incremento explosivo de población en Latinoamérica no ha hecho más que empezar, ya que dentro de unos años toda esta población joven va a empezar a su vez a reproducirse. La *tasa de dependencia* mide la proporción de personas en edad no productiva (menores de 15 años y mayores de 64 años) sobre la población potencialmente productiva (de 15 a 64 años).

Por ejemplo, en el caso español, uno de los problemas demográficos más importantes es que la tasa de dependencia aumenta sistemáticamente desde 1950 (véase cuadro en página siguiente).

A veces, fenómenos sociales complicados se basan en esta estructura cambiante de la población; por ejemplo, el incremento escandaloso en la delincuencia juvenil, en muchos países puede atribuirse no tanto a un incremento relativo del crimen, como a un aumento considerable de la población joven.

Una *pirámide de población* es la distribución gráfica en números absolutos o relativos de la población por edad y sexo. Una línea vertical

*Población de España*  
(En porcentajes)

Años	Menor de 15 años	Mayor de 64 años	Total
1900.....	33,5	5,3	38,8
1910.....	33,9	5,6	39,5
1920.....	32,2	6,0	38,2
1930.....	31,6	6,3	37,9
1940.....	29,9	6,5	36,4
1950.....	26,2	7,3	33,5
1960.....	27,3	8,4	35,7
1970.....	27,8	9,7	37,5
1981.....	27,9	11,3	39,2

divide la proporción de varones (a la izquierda) y de mujeres (a la derecha). Pirámides de población en forma de triángulo, con bases anchas que se estrechan rápidamente, representan poblaciones jóvenes, típicas de los países tercermundistas. Las de forma de rombo (con pocos jóvenes y pocos ancianos relativamente) son más típicas de sociedades postindustriales. En una pirámide de población suficientemente detallada, se puede observar la historia demográfica de un país en su último siglo.

La *ratio por sexo*, o *tasa de masculinidad*, de una población mide el número de varones por cada 100 mujeres. En todo el mundo nacen más varones que mujeres (alrededor de 105 varones por cada 100 mujeres), pero ya desde su nacimiento el varón tiende a fallecer en mayor proporción que la mujer. En este sentido se puede decir que el verdadero «sexo débil» es el masculino. Hacia los 15 años los dos sexos se igualan, y a partir de esa edad cada vez hay más mujeres. Tan sólo en sociedades muy atrasadas, donde las mujeres tienden a morir en el parto, se encuentran casos de más varones que mujeres a partir de los 20 años. En la población española, casi constantemente hay un total de 105 mujeres por cada 100 varones, en el conjunto de la población.

#### TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.

A lo largo de la historia de la humanidad el número de nacimientos sobrepasó ligeramente el número de defunciones, a un nivel suficiente como para que la especie humana no desapareciese. Pero de pronto se produjo un crecimiento desorbitado de la población, como consecuencia de la reducción del número de defunciones. El término concreto de *transición demográfica* fue acuñado en los años cuarenta por Frank W. Notestein; y fue el demógrafo Kingsley Davis quien lo analizó en detalle en 1945. Bogue ha definido al fenómeno de la transición demo-

gráfica como «uno de los sucesos más importantes en la historia de la humanidad».

En breve, se entiende la transición demográfica como el paso de tasas de natalidad y de mortalidad altas, a tasas bajas. Este proceso se suele producir en cuatro etapas. En la *primera etapa* existe una tasa de natalidad excepcionalmente alta, suficiente para superar la alta tasa de mortalidad que se produce por una gran mortalidad infantil y el azote de las enfermedades infecto-contagiosas. En la *segunda etapa* el desarrollo de la sanidad pública, y medidas de higiene, reducen drásticamente la tasa de mortalidad, mientras que la población, que no se ha dado suficientemente cuenta de este cambio, mantiene una natalidad alta y estable, empezando a producir un excedente de población. En la *tercera etapa* la natalidad empieza a reducirse lentamente, precisamente cuando la población se da cuenta de que los hijos e hijas ya no se mueren como antes, y además empiezan a controlar la natalidad en forma más racional. Esta etapa es la de mayores cambios sociales, pues el sistema familiar se transforma, y se producen conflictos ideológicos y de valores, junto a una población creciente y muy joven. Las familias pasan de ser *extensas* (muchos hijos y diversos núcleos familiares viviendo juntos, con servicio doméstico, y familiares dependientes), a *nucleares* (varón, mujer y uno o dos hijos pequeños). La estructura joven de la población hace que el crecimiento continúe durante varias décadas más, sin que se pueda controlar eficazmente. En la *cuarta etapa* final la natalidad alcanza una tasa similar a la de mortalidad, o un poco superior. En la tabla 2.2 aparecen resumidas estas cuatro etapas.

A nivel mundial el problema es el retraso de algunos países en pasar de la segunda a la cuarta etapa, produciendo así un crecimiento explosivo (un *boom*, como a veces se dice) de población. La transición demográfica supone, pues, el paso de *tasas brutas de mortalidad* (falle-

TABLA 2.2  
*Etapas de la transición demográfica*

	Primera etapa	Segunda etapa	Tercera etapa	Cuarta etapa
Tipo de sociedad . . .	Primitiva y agrícola	Pre-industrial	Industrial	Post-industrial y urbana
Tasa de natalidad . . .	Muy alta	Alta	Decreciente, con fluctuaciones	Baja, y controlada
Tasa de mortalidad.	Alta, con fluctuaciones	Decreciendo aceleradamente	Baja	Muy baja
Crecimiento demográfico . . . . .	Bajo	Creciente	Explosivo	Bajo, con fluctuaciones

cidos por 1.000 habitantes) de 40 a 10, y de las *tasas brutas de natalidad* (nacidos vivos por 1.000 habitantes) de 50 a 10 aproximadamente. Consecuentemente la estructura de la población es cada vez más vieja, con lo que las tasas brutas de mortalidad vuelven a aumentar ligeramente. Este proceso queda ilustrado en la tabla 2.3, donde se observa el lugar relativo de los países del mundo, en 1970, en la transición demográfica. En ese año sólo un país, la República Democrática de Alemania mantenía unas tasas de mortalidad superiores a las de natalidad.

TABLA 2.3  
*La transición demográfica en el mundo, año 1970*

		Tasas de mortalidad		
		Bajas (0-10)	Medias (10-20)	Altas (20-40)
Tasas de natalidad	Altas (40-60)	El Salvador México Venezuela Afganistán	ASIA ÁFRICA Bolivia Colombia Ecuador Paraguay Perú Haití	ÁFRICA Nepal
	Medias (20-40)	OCEANÍA Argentina Brasil Chile Cuba Puerto Rico Uruguay Israel	China Egipto Malasia Turquía Irlanda	(Ningún país)
	Bajas (0-20)	EUROPA NORTEAMÉRICA	Alemania Austria Bélgica Checoslovaquia Francia Hungria Reino Unido	(Ningún país)

Entre el 0 por 100 y el 1 por 100 de incremento anual sólo estaban los países europeos, más los U.S.A. y Canadá. Pero dentro de Europa, algunos países (Albania, España, Irlanda, Islandia y Rumania) todavía mantienen crecimientos ligeramente superiores al 1 por 100. España es un caso anómalo dentro de Europa, con una transición demográfica tardía y muy lenta (ha durado ochenta años), interrumpida por la gripe

de 1918, la guerra civil de 1936-1939, y los años «del hambre» y de la «pertinaz sequía» (1940-1947).

La teoría de la transición demográfica *no* explica las relaciones sociales que suceden tras las fluctuaciones de las tasas de natalidad y mortalidad, ni tiene en cuenta a una variable tan esencial como es la migración. También es una teoría limitada e incompleta para explicar los procesos en Europa, en donde la natalidad empezó a descender ya a finales del siglo XIX, y en Francia incluso a partir de finales del siglo XVIII (es decir, antes de su industrialización). Las tasas de natalidad empezaron a disminuir al mismo tiempo que las de mortalidad, y no después. Otro caso sin explicar satisfactoriamente es el incremento de población en Gran Bretaña entre 1760 y 1840, es decir, en los inicios de la revolución industrial.

Los países que ahora experimentan la transición demográfica mantienen tasas de mortalidad más bajas y tasas de natalidad más altas que los países europeos cuando a su vez éstos pasaron por la transición demográfica. Por eso mismo algunos demógrafos consideran que la teoría de la transición demográfica no es aplicable al caso de los países en vías de desarrollo. Tampoco sabemos si la cuarta etapa será realmente la última, o si se pueden esperar futuras fluctuaciones de las tasas de natalidad. Es previsible suponer que las de mortalidad ya no van a descender mucho más.

El hecho de que sean los propios Estados Unidos los que demuestran mayor interés en que los países pobres controlen la natalidad ha hecho sospechar a los países periféricos que la reducción de las tasas de natalidad sólo beneficiaría a los países ricos. La polémica actual es si la disminución del crecimiento de la población se va a deber a los cambios sociales y económicos producidos por la industrialización, o más bien al avance tecnológico en las técnicas de contracepción y los progresos en los programas públicos de planificación familiar. Algunos demógrafos entienden que los programas gubernamentales no intentan parar el crecimiento de la población, sino simplemente reducir las tasas de crecimiento para luego permitir un desarrollo social y económico que a su vez produzca una reducción más drástica de la natalidad. Tanto la experiencia de las políticas pro-natalistas (como las de Hitler, Mussolini, o el propio Franco) como la de las anti-natalistas han sido generalmente fracasos. En cualquier caso, el simple hecho de que en numerosos países del mundo se utilicen fondos públicos para tratar de reducir las tasas de natalidad es ya un fenómeno sociológico importante.

En el mundo se está produciendo un *círculo vicioso de la pobreza*, que consiste en que en los países pobres una alta natalidad obliga a una industrialización lenta y tardía, que a su vez favorece un incremento de la población joven que es dependiente y muy prolífica, que tiende a

incrementar la natalidad y reducir el desarrollo económico per cápita. Para mantener el desarrollo el número de puestos de trabajo debe crecer en la misma proporción, al menos, que la población, para que no se genere un paro adicional. El sistema se mantiene porque la tecnología moderna ha logrado incrementar los recursos alimenticios en forma acelerada, pero la sospecha es que esta productividad no puede seguir aumentando indefinidamente. Los países pobres tienen, pues, que elegir entre reducir la natalidad o seguir siendo cada vez más pobres.

#### DINÁMICA DE LA POBLACIÓN.

Los demógrafos han dedicado más atención a los procesos de natalidad que a los de mortalidad, precisamente porque son los primeros los más influenciados por las actitudes y comportamientos de los individuos mismos en la actualidad.

La *fertilidad* se refiere a la posibilidad de tener descendencia, mientras que la *fecundidad* es el hecho de tenerla. Una cierta confusión se deriva de que en inglés estos términos son los inversos (*fecundity* es fertilidad, y *fertility* es fecundidad). La medida más típica de la fecundidad es la *tasa bruta de natalidad*, es decir, el número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes a lo largo de un año. Para realizar el cálculo con más exactitud siempre debe utilizarse la población en la mitad del año, y no al final del mismo. Las tasas de natalidad son muy sensibles a los cambios políticos, sucesos históricos, catástrofes, procesos económicos, y evolución de normas culturales. El impacto de las cosechas abundantes, epidemias, o guerras, suele ser considerable. En el caso de España, por ejemplo, las buenas cosechas de 1944, 1947, 1952, 1959 y 1963 llevaron aparejadas elevaciones en el número de nacimientos al año siguiente, mientras que las malas cosechas de 1945, 1954, 1960 y 1961 produjeron ligeros descensos en la natalidad. Los factores sociales que más reducen la natalidad son la urbanización, y en general los relacionados con la industrialización y modernización. La influencia de la religión es menor de lo que muchas personas suponen, aunque en España todas las zonas desarrolladas exhiben una natalidad relativamente baja (Cataluña, Baleares, País Valenciano), salvo El País Vasco, en donde el catolicismo es más fuerte. En España, quizá lo más curioso es que el número total de nacidos vivos es prácticamente constante desde hace un siglo aunque ha descendido notablemente desde 1975; el crecimiento de la población se basa, pues, más en la reducción de la mortalidad que en que nazcan más personas.

En demografía se suele entender como período fértil de la mujer desde los 15 a los 44 años; esta es una definición operativa que se

deduce como una media desde la *menarquia* (primera menstruación) a la *menopausia* (última menstruación). Así, el período fértil es de unos 30 años, en los que una mujer saludable podría llegar a tener unos 20 embarazos. La *tasa general de fecundidad* se entiende como el número total de nacidos vivos en un año, divididos por cada 1.000 mujeres en edad de ser madres (de 15 a 44 años), estén casadas o no. Lógicamente aquí habría que descontar las mujeres totalmente estériles, pero esa proporción es baja (menor del 2 por 100) y muy difícil de calcular en cada caso. La *tasa de fecundidad* se define como la relación entre el número de infantes menores de 5 años, divididos por el número de mujeres en edad de ser madres (de nuevo de 15 a 44 años) y multiplicado por 1.000. Existen todavía medidas más elaboradas como las *tasas específicas de fecundidad* referidas a un grupo de edad de mujeres, por ejemplo de 20 a 29, o de 30 a 39 años. En el mundo occidental la mayoría de los nacimientos se concentran entre los 20 y 29 años de edad de las mujeres, y de aquí la utilidad de esta medida. La tendencia fundamental en los países desarrollados es que las mujeres no sólo tienen menos concepciones porque los hijos e hijas ya no se mueren como hace unos años, sino porque desean tener menos. Una familia europea actual tiene tres hijos/hijas de media (o incluso menos) frente a cinco hace uno o dos siglos. La *tasa neta de reproducción* mide hasta qué punto las mujeres de un país se reproducen a través de sus propias hijas. Se calcula el número medio de niñas nacidas por mujer en edad de ser fértil (15 a 44 años). Si esta tasa es 1,0 significa que cada mujer, a lo largo de su vida reproductora, da a luz a una hija como promedio.

El casamiento tardío, unido a una baja tasa de ilegitimidad (es decir, un control social fuerte sobre las relaciones pre-matrimoniales), ha sido una de las mejores formas de reducir relativamente la natalidad en países católicos como España e Irlanda. Si comparamos las tasas de nacidos vivos por 1.000 mujeres, según grupos de edad de España con Francia e Italia, se puede observar el considerable retraso en la edad de ser madres en España:

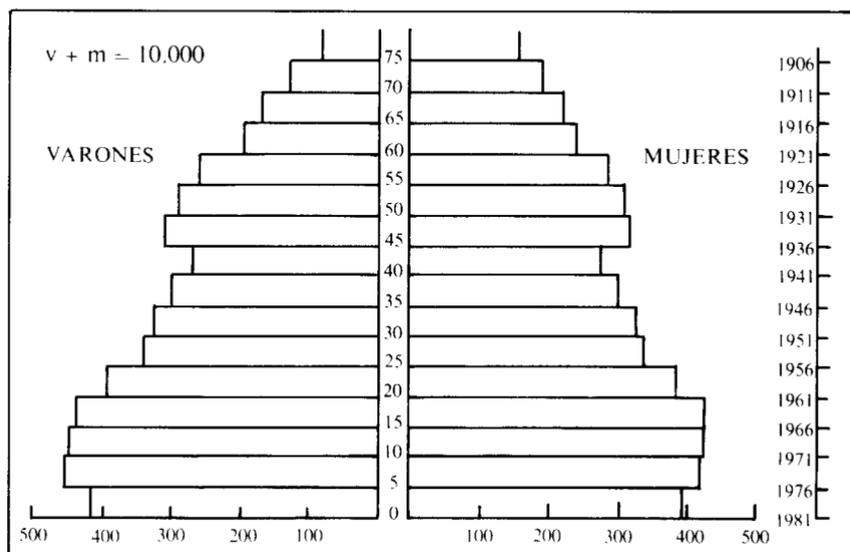
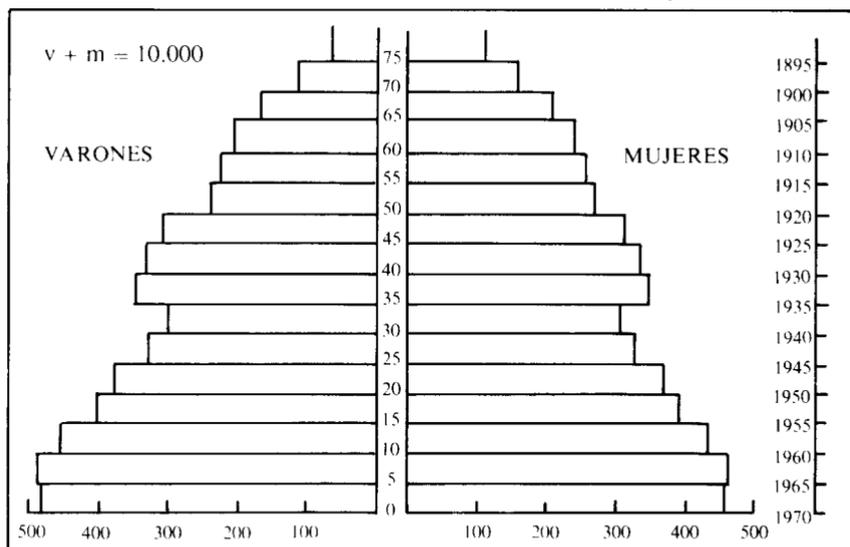
Edades de la madre	Año 1975		
	España	Francia	Italia
15-19 .....	26	18	23
20-24 .....	118	120	105
25-29 .....	154	136	120
30-34 .....	97	70	68
35-39 .....	49	25	28
40-44 .....	15	5	7
45-49 .....	1	0	1
Totales .....	67	59	50

El control racional sobre la fecundidad es un hecho totalmente nuevo en la historia de los seres humanos, que ha revolucionado las teorías sobre la población, la estructura de la familia, los sectores educativo y sanitario, los procesos de urbanización, y el mercado de trabajo. En los países desarrollados el tener hijos/as se ha convertido en un hecho más de la vida familiar, y no en su única y máxima función. Todos estos cambios han sido tan súbitos que todavía no hemos podido acostumbrarnos a la nueva realidad. Paradójicamente, las ideas sobre control de natalidad han prosperado allí donde son menos necesarias —los países más desarrollados— y han resultado hasta ahora un fracaso en los países pobres.

Las sociedades tradicionales suelen considerar los sucesos naturales —como la fecundidad y la natalidad— como incontrolables, ajenos a la decisión humana, y muchas veces sobrenaturales. Además en estas sociedades los hijos son un bien, ya que a partir de edad tan temprana como los 6 ó 7 años ya empiezan a trabajar. Se señala generalmente a la Iglesia Católica como una de las instituciones más opuestas al control de natalidad, siguiendo el mandato bíblico de «creced y multiplicaos». Todavía en 1968 el papa Pablo VI, en la encíclica *Humanae Vitæ*, rechazó todo sistema de control racional que no fuese la continencia (periódica o absoluta). Sin embargo, hay que recordar que fue la católica Francia uno de los primeros países del mundo en reducir voluntariamente la natalidad; y se puede afirmar que la mayoría de los católicos del mundo *no* se ajustan a la doctrina de las encíclicas en este punto.

Algunas de las causas que más han contribuido a la reducción de la natalidad en la sociedad moderna son: la vida urbana, la emancipación y el trabajo de la mujer, la disminución de negocios de tipo familiar (tanto agrícolas como artesanales), y el incremento del divorcio. La vida moderna, urbana, con la madre trabajando fuera de casa, educación muy cara, y dependencia de los hijos hasta edades tardías, ha producido un replanteamiento del sentido y propósito de la familia, estructura, objetivos, relaciones entre los sexos, y, lo que es más importante: las relaciones entre bienestar económico básico, y tamaño ideal de familia. Se ha producido un cambio profundísimo en la concepción occidental de la familia, cuyas consecuencias son todavía imprevisibles.

Las sociedades tradicionales han solido establecer tabúes (prohibiciones culturales) sobre períodos en que el coito estaba prohibido: un año entero después del nacimiento de un hijo, en algunas festividades, durante la Semana Santa, durante la lactancia, si la mujer quedaba embarazada en sábado, etc. Todavía actualmente en España numerosas personas consideran reprobable las relaciones sexuales durante la menstruación, o después de la menopausia, aduciendo razones médicas o biológicas. No se trata, sin embargo, de una lucha de la racionalidad contra la irracionalidad, ni de la inteligencia y modernidad contra

*Pirámide de la población en 1 de marzo de 1981 (Avance del censo)**Pirámide de la población en 31 de diciembre de 1970 (Censo de población)*

Tasas brutas de natalidad y mortalidad (España 1900-1982)



la estupidez humana o la tradición, sino de un profundo conflicto de valores entre bienestar y familia extensa. La práctica enseña —y España es un caso paradigmático— que la planificación, racionalidad, o el postponer gratificaciones son tres de los valores más difíciles de inculcar a una población. A su vez, el controlar la natalidad, por adelantado, supone admitir que la fecundidad no es fruto de una pasión, sino de un acto premeditado. En los países latinos el tener hijos es todavía un signo de virilidad, a la vez que una seguridad para la ancianidad (dado el pobre desarrollo de los sistemas públicos de Seguridad Social). Muchas personas asocian todavía el control de natalidad con la prostitución y la promiscuidad.

Toda sociedad y grupo social han controlado de alguna forma la natalidad. Antiguamente el infanticidio era bastante aceptado, sobre todo de niñas, niños con malformaciones congénitas, y gemelos. Otros sistemas tradicionales de control eran el *coitus interruptus*, el aborto, las esponjas y tapones vaginales, además de la lactancia. Los sistemas modernos de control de natalidad empezaron a utilizarse entre la clase alta y en las zonas urbanas, comunicándose rápidamente a otros grupos sociales. El condón se comercializó en el siglo XIX, y a partir de 1960 aparecen la píldora y el D.I.U. (*dispositivo intra-uterino*, coloquialmente conocido como *esterilete*) como dos de los sistemas más eficaces.

El porcentaje de fallos aproximado de los métodos modernos, según un *uso real* (es decir, contando con un error humano medio) es el siguiente:

	Porcentaje
Espemicidas o espuma.....	40
Coitus interruptus.....	30
Ritmo u Ogino.....	25
Diafragma.....	15
Condón.....	10
D.I.U.....	3
Píldora.....	2

La píldora es el más utilizado a pesar de que *no* conviene que sea usado por mujeres mayores de 40 años; aquellas que hayan padecido ataques al corazón, angina de pecho, varices, enfermedades del hígado, etc.; mujeres embarazadas. Tampoco debe ser utilizada durante tres meses antes de quedar embarazada pues puede producir anomalías en el feto. También están aumentando el número de las esterilizaciones, sobre todo la vasectomía.

El aborto, que se venía utilizando durante siglos, no se convierte en un sistema seguro y técnicamente recomendable hasta el siglo XX. En castellano el término «aborto» es confuso, pues incluye tanto las *interrupciones voluntarias del embarazo*, como los fetos malogrados.

La interrupción voluntaria del embarazo, llevada a cabo en un centro sanitario, legalmente, es en la actualidad más segura que los abortos tradicionales, e incluso que el parto. La justificación de la *legalización del aborto* (permitir la interrupción voluntaria del embarazo, por simple petición de la mujer) se basa, entre otras razones, en que todo sistema de control de natalidad falla y no necesariamente por irresponsabilidad de la pareja. Es por eso por lo que los países que aceptan el control de natalidad tienden a legalizar también el aborto, aunque con mayores o menores restricciones.

El fenómeno más importante de la centuria no es la reducción de la natalidad, sino la reducción de las tasas de mortalidad. La *peste negra* de 1348 mató a más de 25 millones de personas, es decir, la cuarta parte de la población de Europa en aquel tiempo. Hasta la revolución industrial, el desarrollo económico había producido un aumento de la mortalidad debido a las epidemias que se producían en las grandes concentraciones humanas, y a las bajas medidas sanitarias de las ciudades. Hasta el siglo XX las regiones desarrolladas no empiezan a tener tasas de mortalidad más bajas que las no desarrolladas.

La *tasa bruta de mortalidad* mide el número de fallecidos en un año por cada mil habitantes (estos últimos calculados a la mitad del año). Esta tasa no ha hecho más que descender en el mundo; era 25 en 1935, 19 en 1950, 16 en 1965, y se calcula que menos de 13 en 1980. Sin embargo, todavía, en los países subdesarrollados, cerca de la mitad de la población muere antes de los veinte años, sobre todo en la infancia.

La *tasa de mortalidad infantil* es uno de los mejores indicadores sanitarios y de desarrollo social de un país. Se mide por el número de fallecidos antes de alcanzar su primer cumpleaños, por cada 1.000 nacidos vivos en ese mismo año. Las diferencias internacionales son enormes, desde 15 en el caso de Suecia hasta 300 en algunos países tercermundistas. En España, hasta 1975 según el código civil (de fuerte influencia napoleónica) no se consideraba *nacido vivo* a quien no había vivido al menos 24 horas fuera del claustro materno. Pero desde 1975 se sigue la definición internacionalmente aceptada de nacido-vivo, que lo considera así desde que el nacido tiene vida fuera del claustro materno. Las estadísticas consideran a los «nacidos muertos» como abortos, no contabilizando así un tercio de la mortalidad infantil. A nivel comparativo España ha reducido casi por completo las diferencias que la separaban de otros países europeos respecto a la mortalidad infantil.

Portugal mantiene, según estos datos, un retraso de al menos una década con relación a España, y a su vez España, que mantenía más de una década de retraso con respecto a Francia, tiende a igualarse con este último país.

Años	Tasas de mortalidad infantil		
	Francia	España	Portugal
1936-1938 .....	66	124	143
1946-1948 .....	63	80	109
1956-1958 .....	34	51	87
1963-1964 .....	25	40	73
1980 .....	10	11	26

La *tasa de mortalidad neonatal* representa el número de fallecidos en los primeros 28 días, de cada 1.000 nacidos vivos. Cuanto más nos acercamos al momento del parto, más alta es la mortalidad, y más difícil de reducir. En los países desarrollados, la tercera parte de la mortalidad infantil corresponde al primer día. La *tasa de mortalidad materna* mide el número de mujeres que fallecen directamente en el parto, por cada 10.000 nacidos vivos. En los países desarrollados apenas, llega a 3.

La *esperanza de vida* nos ofrece una medida aproximada del número de años que viviría una persona que naciese este año, si se conservan las actuales tasas de mortalidad por sexo y edad. La esperanza de vida está muy afectada, como es lógico, por la tasa de mortalidad infantil. La esperanza de vida era de unos 20 años en los seres humanos primitivos, de 30 años en la Roma y Grecia antiguas, en el siglo XVII llegó hasta los 35 ó 45 años, y en la actualidad en los países desarrollados supera los 70 años de edad. España pasó, por ejemplo, de una esperanza de vida de 35 años en 1900 a una de 70 años en 1960. En 1980, la esperanza de vida de las mujeres españolas era de más de 76 años; y la de los varones, de más de 70 años. Sin embargo, no existe evidencia de que los seres humanos vivamos más años (lo que sí sucede es que viven más seres humanos) ni que la longevidad humana se alargue mucho. Es curioso observar cómo, por ejemplo, el número de *centenarios* (personas con 100 o más años de edad) no aumenta en España en medio siglo:

Años	Personas con 100 o más años
1910 .....	544
1920 .....	633
1930 .....	298
1940 .....	466
1950 .....	289

Sin embargo, más españoles llegan a edad adulta; en 1900 la mitad de la población moría antes de llegar a los 30 años; en 1930 la mitad llegaba hasta los 58 por lo menos; y en 1960 la mitad llegaba hasta los 73 años.

La mortalidad no descendió, como algunos creen, gracias al desarrollo de la tecnología médica y a la dedicación de la profesión médica, sino sobre todo a los mejores niveles de nutrición de la población, al alcantarillado, conducción de agua potable, eliminación de excretas, campañas de desinfección, e higiene personal. Por ejemplo, en la década de los cuarenta, Ceilán redujo su mortalidad en un 40 por 100 en sólo un año, debido a una campaña de D.D.T. Es decir, históricamente el descenso de mortalidad se debió sobre todo a la reducción y a veces *erradicación* (eliminación total) de las enfermedades infecto-contagiosas: tifus, disentería, viruela, tuberculosis, cólera, difteria, etcétera. Este descenso ha dejado al descubierto una serie de enfermedades crónicas (como cáncer y corazón) y otras sociales (como accidentes) muy difíciles de reducir. Véase, por ejemplo, el porcentaje creciente de personas que mueren de corazón en España:

*Fallecidos por enfermedades cardiovasculares*

Años	Porcentajes
1910 .....	7
1920 .....	7
1930 .....	9
1940 .....	16
1950 .....	22
1960 .....	27
1970 .....	31

En la actualidad es la causa más importante de defunción en los países desarrollados, junto con cáncer (alrededor de un 18 por 100 de las defunciones).

Como dicen los italianos, la medicina «es aquella ciencia que dice al pobre cómo podría curarse si fuese rico». En todos los países, y todas las épocas históricas, los pobres mueren antes. Las clases bajas enferman más, reciben atención sanitaria peor y más tarde, y recaen con más frecuencia. Existe un *círculo vicioso de pobreza-enfermedad* que no se sabe si se puede romper elevando el nivel educativo y de recursos de la población más pobre, o simplemente ofreciendo una atención sanitaria mejor. En los países desarrollados el sector sanitario llega a ocupar hasta el 7 por 100 de la renta nacional, y con tendencia a aumentar imparablemente. El complejo médico-farmacéutico es muchas veces la primera industria del país. España, con un excedente relativo de médicos (aunque mal distribuidos) y una escasez alarmante de camas hospitalarias, mantiene un sector sanitario público (de la Seguridad Social) comparativamente caro e ineficaz, cuyos principales beneficiarios parecen ser los hospitales privados, industria farmacéutica, y profesiones médica y farmacéutica.

Las migraciones (cambios de residencia de la población) han sido un factor importante en la redistribución de la población en el mundo. Conviene distinguir entre *migración interna* (o en el interior de un país o región) y *migración internacional* (cruzando las fronteras de una nación); y entre *emigración* (salidas de población) e *inmigración* (entradas de población en un país o región). A nivel mundial —y hasta que no se complique la situación con la colonización de otros planetas— la migración es un factor que suma cero, pero a nivel de un país concreto puede introducir las máximas diferencias. El «hambre de la patata» de 1840 en Irlanda, por ejemplo, redujo en unos años la población del país a la mitad (de 8 millones a 4 millones de habitantes) debido a una fuerte emigración. La población del Nuevo Mundo no sería actualmente ni parecida de no haberse producido la inmigración de europeos.

Históricamente las migraciones más importantes han sido: de Europa a Norteamérica; de la Europa meridional a Latinoamérica; de Gran Bretaña a África y Australia; la de los esclavos negros de África a América; de China e India a diversas partes del mundo; dentro de los Estados Unidos de América, hacia el oeste; y dentro de la Unión Soviética, hacia el este. Antes de 1800 la mayor migración fue la de los esclavos africanos al Nuevo Mundo, con cantidades que se aproximan seguramente a los 20 millones. La gran diáspora europea se realizó entre 1820 y 1930, con cerca de 75 millones a América. Curiosamente, a partir de 1974 empezó una emigración de latinoamericanos (debida a la represión política en Chile y Argentina) a Europa. Estos enormes trasvases de población produjeron todo tipo de problemas lingüísticos y de integración cultural.

España no sólo ha sido un país sucesivamente ocupado por otras naciones, sino además un país de emigrantes. La evolución del *saldo migratorio* (inmigrantes menos emigrantes) en las últimas décadas ha sido la siguiente:

Años	Saldo migratorio de España
1901-1910.....	- 578.107
1911-1920.....	- 50.090
1921-1930.....	- 89.899
1931-1940.....	+ 43.702
1941-1950.....	+ 84.262
1951-1960.....	- 712.317
1961-1970.....	- 633.791
1971-1980.....	+ 11.000
Total (1901-1980) . . . .	- 1.925.240

En la primera década de este siglo, España sufrió la emigración a Latinoamérica, y en los años cincuenta y sesenta la emigración a centroeuropa. En estos últimos años, sin embargo, y debido a las crisis económicas en los países europeos, el saldo migratorio de España ha sido positivo, como consecuencia del retorno masivo de emigrantes de décadas anteriores.

El origen de la emigración puede ser diverso, aunque el motivo fundamental suele ser el de mejorar el nivel de vida. Otros factores pueden ser los religiosos, de persecución política, discriminación racial, degradación ecológica, excesivo control social, etc. La migración interna más importante es la del campo a la ciudad, que por un lado permitió históricamente la industrialización, y que a su vez se vio impulsada por ese mismo proceso. Hacia 1700 en Europa se necesitaban cuatro familias trabajando en el campo para poder alimentar a un total de cinco familias. En la actualidad, en los países desarrollados, una familia con una explotación agrícola mecanizada alimenta por lo menos un total de seis familias como la suya. Los procesos rápidos de migración del campo a la ciudad suponen la aparición de cinturones de pobreza en torno a las grandes ciudades, y a la construcción masiva de *chabolas* (Madrid), *barracas* (Barcelona), *villas miseria* (Argentina), *favelas* (Brasil), *tugurios* (Colombia), *barriadas* (Perú), y *casas de lata* en numerosos países.

#### EL CASO DE ESPAÑA.

España mantiene un modelo demográfico que es mitad europeo y mitad latinoamericano, con baja densidad, desarrollo económico medio, y alta urbanización. En algunas provincias, sobre todo de Andalucía y Canarias, las pautas son más próximas al modelo latinoamericano, mientras que Cataluña es más próxima al europeo. Esto se debe a que el crecimiento de la población es un factor multicausal, y con diversas tendencias. En España se distinguen, al menos, tres teorías: la del *crecimiento lineal de la población* (de José Ros Jimeno), la del *proceso corológico* de la distribución de la población (de Román Perpiñá Grau), y la *concentración urbana* de la población (de Juan Díez Nicolás). Para más abundamiento el lector puede repasar las obras citadas en la bibliografía básica al final de este capítulo.

Aproximadamente uno de cada 100 habitantes del mundo es un español; y uno de cada 20, europeo. La importancia numérica está decreciendo; los españoles eran el 1,2 por 100 de la población mundial en 1750 y el 0,9 por 100 en 1970. Sin embargo, el crecimiento de la población del país ha sido constante, desde el siglo XVIII:

Años	Población de España (En millones)
1768 .....	9,3
1787 .....	10,4
1797 .....	10,5
1860 .....	15,6
1887 .....	17,6
1900 .....	18,6
1910 .....	19,9
1920 .....	21,3
1930 .....	23,6
1940 .....	25,9
1950 .....	28,0
1960 .....	30,4
1970 .....	34,0
1981 .....	37,7

La población ha crecido a una tasa moderada, y casi constante en las últimas décadas, en torno al 1 por 100 anual (aunque desciende ligeramente de 1,3 en 1960 a 1,0 en 1980). Si esta tasa se mantiene estable, España doblará la población cada 70 años. La densidad española comparada con otros países es bastante baja (unos 60 habitantes por kilómetro cuadrado), incluso inferior a la de Italia y Portugal. No es extraño que los máximos de crecimiento de población coincidan con las dos décadas de máximo desarrollo económico: 1920-1930 y 1960-1970.

El suceso más importante fue la guerra civil de 1936-1939, que supuso un retroceso en las pautas demográficas, a excepción del proceso de urbanización. Entre 1930 y 1940 la densidad sólo pasó de 47 a 51 habitantes por kilómetro cuadrado. En 1930, el 47 por 100 de la población activa estaba en el primer sector (agricultura y minería), aumentando a un 52 por 100 en 1940.

En lo que va de siglo la tasa bruta de natalidad en España ha pasado de 35 a 13, y la tasa bruta de mortalidad de 24 a 7, permitiendo un crecimiento relativamente alto (sobre todo si se compara con centroeuropa) del 1,1 por 100 anual hasta 1970 (véase cuadro en página siguiente).

La *mortalidad* es relativamente baja, mientras que la *natalidad* es relativamente alta, a pesar del considerable retraso, hasta hace pocos años, en la edad de matrimonio (26 años para el varón, 24 para la mujer). Sin embargo, la población activa femenina es bajísima, favoreciendo directamente una tasa de natalidad más alta de lo esperable. La reducción de la mortalidad infantil ha sido considerable; 201 niños y niñas de cada 1.000 morían antes del primer cumpleaños en 1900; 64

Países	Año 1970		
	Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Tasa de crecimiento anual
Albania .....	35,3	7,5	2,8
Turquía .....	39,6	14,6	2,5
España .....	19,6	8,5	1,1
Yugoslavia .....	17,8	9,0	0,9
Portugal.....	19,3	10,4	0,9
Grecia .....	16,5	8,4	0,8
Italia .....	16,8	9,7	0,7
Francia.....	16,7	10,6	0,6

en 1950, más de 28 en 1970, y todavía 11 en 1980. Esto significa que sólo un 57 por 100 de los nacidos en 1900 llegaban a cumplir los 20 años, mientras que son ya el 95 por 100 de los nacidos en 1960.

Díez Nicolás, en 1971, señaló ya que el proceso de transición demográfica en España no llegó a completarse debido a la interrupción de la guerra civil. España ha sufrido la transición demográfica más larga de Europa, empezando en 1885 y terminando en 1965. Se pueden diferenciar tres ciclos: de 1885 a 1918, es decir, desde el cólera a la gripe; de 1918 a 1939, hasta el fin de la guerra civil; y de 1939 hasta 1965, el comienzo del desarrollo económico. Las causas de que la transición demográfica haya durado tanto son múltiples; se podrían señalar las siguientes:

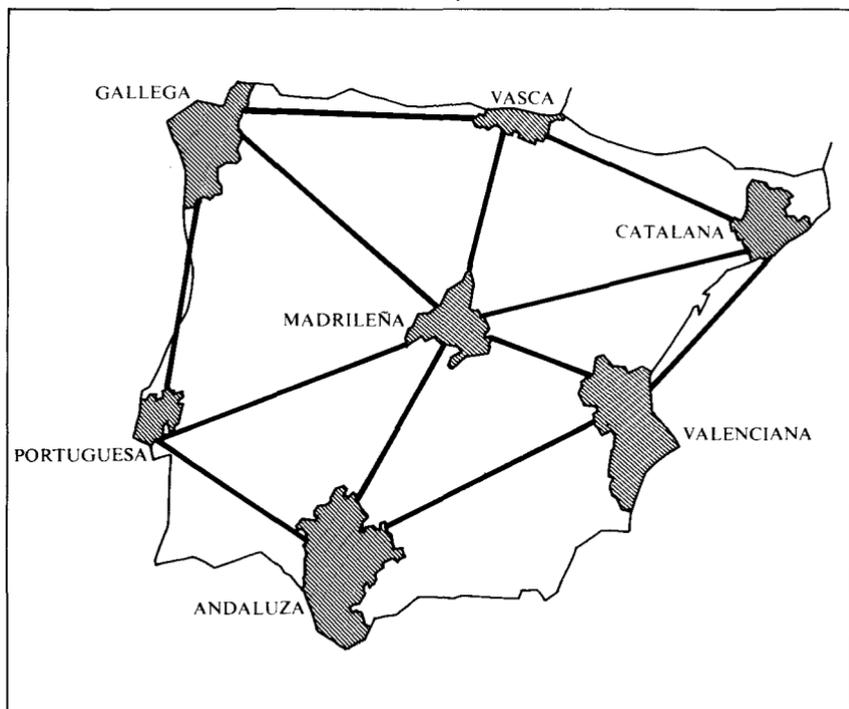
1. La influencia de la Iglesia Católica, que se ha opuesto a todo sistema «no natural» de control de natalidad.
2. Las nostalgias imperialistas de un régimen como el nacido de la guerra civil que valoraba la natalidad alta, y protegió (aunque poco) a la familia extensa con ayudas económicas y exenciones fiscales.
3. Una extensa población rural en los años cuarenta, que sobrevivió usando a los hijos como fuerza de trabajo.
4. Una reducción lenta de las tasas de mortalidad debida a un sistema sanitario defectuoso, y a la falta de camas hospitalarias.
5. Una tasa de incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, que ha sido siempre una de las tasas más bajas de Europa.

Los procesos migratorios recientes han supuesto una intensa redistribución de la población interior, siguiendo la pauta del interior a la periferia o al centro (Madrid), y del campo a las zonas urbanas. Así, se observa que las provincias menos desarrolladas son las que más pierden población: Orense, Lugo, Granada, Jaén, Badajoz, Toledo, Ávila, Zamora, Cuenca, Teruel, Soria, Guadalajara y Albacete. La población se ha concentrado en cinco zonas concretas (Galicia costera, País Vasco, Cataluña, Valencia-Alicante y Sevilla-Cádiz) además de Madrid, formando junto con Lisboa-Setúbal una especie de hexágono

sobre la península Ibérica. (Véase el mapa 2.1). A estas zonas de densidad alta el economista Román Perpiñá Grau las ha denominado *dasicoras*; y a la teoría de distribución de la población, *corología*. Mientras tanto, el sur, Andalucía y Extremadura, conserva una pauta peculiar, que consiste en la concentración de su escasa población en núcleos relativamente grandes, pero de carácter poco urbano, que pueden denominarse *agro-ciudades*. A su vez este fenómeno tiene profundas raíces históricas, que provienen de la división de la tierra en *latifundios* desde los tiempos de la Reconquista.

La demografía es uno de los campos más desarrollados de la sociología en España. Sin embargo, hasta los años cuarenta apenas existía, y los sociólogos krausistas y de la Institución Libre de Enseñanza no se preocuparon mucho de estos temas. El primer grupo de demógrafos se originó en torno a la *Revista Internacional de Sociología*, bajo el liderazgo de Severino Aznar. Durante la década más represiva de la historia contemporánea de España (1940-1950), la demografía fue la única rama de las ciencias sociales que pudo sobrevivir. Los cambios produ-

MAPA 2.1  
*Dasicoras españolas*



cidos por la guerra civil de 1936-1939 fueron el tema de uno de los primeros trabajos demográficos publicados en esos años, escrito por Jesús Villar Salinas (véase la bibliografía en este capítulo), así como los tratados de José Sánchez Verdugo en 1947, y los cuatro volúmenes sobre población publicados en 1959 por el Instituto Balmes de Sociología, con el título de *Estudios demográficos*. Este tipo de estudios estaban llenos de ideologías en contra de la planificación familiar e incluso algunos de tipo fascista y racista.

Los primeros estudios de historia de la población se publicaron a partir de 1966, destacándose la obra de Jordi Nadal, de la escuela de Vicens Vives. Los primeros análisis globales de la estructura de la población española aparecieron en torno a los informes sociológicos publicados por la Fundación F.O.E.S.S.A., particularmente el de 1970, así como en los libros de Salustiano del Campo, Juan Díez Nicolás, Amando de Miguel, Jesús M. de Miguel, Joaquín Leguina y Jesús Prados Arrarte.

La mayoría de los demógrafos de los años cuarenta y cincuenta se dedicaron al análisis de la natalidad y la mortalidad. Ya en 1944 observaron un decrecimiento en la tasa de natalidad, a pesar de los esfuerzos contrarios de la política social de la época. El hecho de la natalidad decreciente llevó a una polémica entre los investigadores sociales sobre las diversas interpretaciones de ese fenómeno en los años sesenta. Los estudios de mortalidad se centraron más en las tasas brutas, y sobre todo de mortalidad infantil, que en los análisis de morbilidad, cristalizando en numerosos estudios durante la década de los cincuenta. Significativamente, algunos de los mejores estudios fueron realizados por médicos-pediatras: Antonio Arbelo, J. Bosch Marín y Jesús Villar Salinas. Los análisis sobre esperanza de vida fueron iniciados hacia 1953 por José Ros Jimeno.

En los años sesenta empezaron los estudios de migraciones, sobre la base de los primeros análisis realizados por el Instituto de Reformas Sociales, ya en 1919. Dos reuniones tuvieron una importancia decisiva: las *Semanas Sociales* en Vigo en 1958 sobre movimientos migratorios, y la del *Centro de Estudios Sociales*, en el Valle de los Caídos en 1964, sobre movimientos de población. Los estudios más elaborados en este campo, comenzaron en 1963 con la obra de Alfonso García Barbancho. Los estudios sobre migración al exterior florecieron entre 1965 y 1974, incluyendo al final del período los análisis sobre la integración sociocultural de los emigrantes. Muchos de estos estudios se desarrollaron en Cataluña, por Antoni Jutglar, Juan F. Marsal, Angels Pascuals, Esteban Pinilla de las Heras y Carlota Solé, entre otros. Los españoles en Latinoamérica fueron estudiados por sociólogos y antropó-

logos como Patricia Fagen y Michael Kenny. Los primeros estudios serios sobre población activa y problemas de trabajadores aparecieron en la década de los setenta, pero realizados por sociólogos del trabajo e industriales, y no tanto por demógrafos. Quizás el estudio demográfico más completo e innovador sobre España es el de *La pirámide social española*, publicado en 1977; el más sistemático, el del *Informe F.O.E.S.S.A.* de 1975; y el más reciente, sobre *La Emigración de Retorno*, es el de José Castillo Castillo, publicado en 1981.

En resumen, los estudios demográficos en España, de gran expansión en los años cuarenta y cincuenta, sufrieron una crisis en los años sesenta, en parte por el compromiso conservador de los primeros demógrafos. Los análisis teóricos, metodológicos, o comparativos con otros países, son escasos, configurando así una disciplina relativamente local y sin grandes contribuciones teóricas.



## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

La documentación más importante sobre materias de población en España aparece en el *Censo de Población*. El primero se publicó en 1857, y a partir de 1900 aparece cada diez años, aunque el más reciente corresponde al año 1981. Está también el *Movimiento natural de la población* que se publica anualmente, desde 1900, y que proporciona datos sobre nacimientos, matrimonios y defunciones. El *Anuario estadístico* se publica anualmente desde 1912 (y en su edición resumida, llamada «manual», desde 1941), y presenta los datos demográficos básicos. Para más detalle existe además un *Boletín Mensual de Estadística* que se publica cada mes desde 1918, con datos de población, natalidad, mortalidad y migraciones. Desde 1977 se publica anualmente la *Encuesta de morbilidad hospitalaria*. El Instituto Español de Emigración publica además, desde 1963, numerosas estadísticas de migraciones.

Aparte de estas fuentes de datos, el estudioso debe consultar los análisis demográficos más importantes realizados sobre España, entre los que se pueden mencionar los siguientes <sup>1</sup>:

BACCI, MASSIMO LIVI: «Fertility and nuptiality changes in Spain from the late 18<sup>th</sup> to the early 20<sup>th</sup> century», en *Population Studies*, vol. 22, núm. 1 (1968), págs. 83-102, y núm. 2 (1968), 211-234.

CAMPO, SALUSTIANO DEL: *Análisis de la población de España* (Barcelona, Ariel, 1972).

CAMPO, SALUSTIANO DEL: *La evolución de la familia española en el siglo XX* (Madrid, Alianza, 1982).

CAMPO, SALUSTIANO DEL: *La política demográfica en España* (Madrid, Edicusa, 1974).

---

<sup>1</sup> Puede completarse con Josune Aguinaga y Domingo Comas, «Bibliografía sobre sociología de la población», en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 10 (1980), págs. 199-229.

- CAMPOS, JUAN: «Aspectos psico-sociales de la reproducción humana», en *Doctor: Información Profesional*, 74 (1972), págs. 62-78.
- CARRIÓN, ÁNGEL, y otros: «La población española y su territorio», en Fundación F.O.E.S.S.A., *Estudios sociológicos sobre la situación social de España 1975* (Madrid, Euramérica, 1976) págs. 3-194.
- CASTILLO CASTILLO, JOSÉ: *La Emigración Española en la Encrucijada* (Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1981).
- DÍEZ NICOLÁS, JUAN: «La transición demográfica en España», en *Revista de Estudios Sociales*, 1 (1971), págs. 89-158.
- DÍEZ NICOLÁS, JUAN: *Especialización funcional y dominación en la España urbana* (Madrid, Guadarrama, 1972).
- DÍEZ NICOLÁS, JUAN, y DE MIGUEL, JESÚS M.: *Control de natalidad en España* (Barcelona, Fontanella, 1981).
- ESTEBAN, ALFONSO DE, y ALVIRA, FRANCISCO (comps): *Sociología y medio ambiente* (Madrid, M.O.P.U., 1983), con 21 contribuciones.
- Fundación F.O.E.S.S.A. (comp.): *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid, Euramérica, 1970), págs. 57-176.
- GARCÍA BARBANCHO, ALFONSO: *Las migraciones interiores españolas: Estudio comparativo desde 1900* (Madrid, Instituto de Desarrollo Económico, 1967).
- LEGUINA, JOAQUÍN: *Fundamentos de demografía* (Madrid, Siglo XXI, 1973).
- MIGUEL, AMANDO DE: *Manual de estructura social de España* (Madrid, Tecnos, 1974), págs. 35-131.
- MIGUEL, AMANDO DE, y otros: *La pirámide social española* (Barcelona, Fundación Juan March-Editorial Ariel, 1977).
- MIGUEL, JESÚS M. DE: *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid, Tecnos, 1973), págs. 81-273.
- MIGUEL, JESÚS M. DE: *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Barcelona, Vicens Vives, 1978).
- NACIONES UNIDAS: *Diccionario demográfico plurilingüe: Volumen español* (Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 1959).
- NADAL, JORDI: *La población española: Siglos XVI a XX* (Barcelona, Ariel, 1973), 3.ª ed.
- PERPIÑÁ GRAU, ROMÁN: *De economía hispana, infraestructura, historia* (Barcelona, Ariel, 1972).
- ROS JIMENO, JOSÉ: «La natalidad y el futuro desarrollo de la población de España», en *Revista Internacional de Sociología*, núm. 1 (1943), págs. 39-68.
- SALCEDO, JUAN (comp.): «Trabajos sobre Sociología de la Población en España», en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (C.I.S., Madrid, núm. 10, abril-junio, 1980).
- VILLAR SALINAS, JESÚS: *Repercusiones demográficas de la última guerra civil española* (Madrid, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 1942).

**PARTE II**

**COMPARACIONES INTERNACIONALES**



## CAPÍTULO 3

# ESTRUCTURA Y EVOLUCIÓN DE LA FAMILIA EUROPEA

El presente capítulo se limita a los países miembros del Consejo de Europa para lograr un grupo de sociedades relativamente homogéneas desde una perspectiva socio-económico-cultural. Hay diferencias entre los 21 países miembros que se consideran; las más importantes, por ejemplo, entre países del sur de Europa y el resto. Son también países muy diferenciados: algunos, grandes, como Turquía; y otros, más pequeños, como Islandia, Malta, Chipre, Liechtenstein, que por ello suelen desviarse muchas veces de las tendencias generales. Si se pueden descubrir importantes diferencias entre los 21 países miembros del Consejo de Europa, pueden fácilmente imaginarse las que se habrían encontrado de haber incluido los países del este de Europa, o los del resto del mundo.

La delimitación geográfica a los países señalados, por tanto, responde a la constatación de que sus experiencias socio-culturales han sido en la historia relativamente homogéneas (salvo quizás el caso de Turquía), y que, en ellos, la estructura familiar ha reflejado los cambios producidos en el conjunto de la sociedad.

En la medida en que Europa occidental, que más o menos se corresponde con el conjunto de los países miembros del Consejo de Europa (excepción hecha de alguno de los países citados), fue la primera en pasar por la Revolución Industrial, la primera en experimentar la transición demográfica, y, en definitiva, la pionera en tantos procesos de cambio social, parece justificado que se centre la atención sobre ella; y ello por varias razones: *a)* Porque interesa conocer la realidad de los cambios que se están operando en la familia en Europa, sus causas y sus consecuencias. *b)* Porque lo que se observa en Europa, probablemente suceda con ligeras variantes en otras sociedades no europeas dentro de algunos años. *c)* Porque España, que forma parte

de Europa (aunque M. Kirk en su libro *Demographic and Social Change in Europe 1975-2000* se haya olvidado de ello, cometiendo un error no sólo político sino sobre todo científico), probablemente está ya reflejando, y desde luego reflejará en los próximos años, los procesos de cambio social en las estructuras familiares que se están actualmente produciendo en otros países europeos más desarrollados en los aspectos socio-económicos.

Una segunda limitación es la temporal. Hay ya muchos estudios sobre lo sucedido, desde el punto de vista demográfico y de la estructura familiar europea, no sólo desde antes de la Revolución Industrial, sino incluso desde la segunda guerra mundial. Por ello, ha parecido más interesante centrar la atención en lo acontecido desde 1960 hasta el momento actual con el fin de acentuar la perspectiva presente-futuro, más que la de pasado-presente, aunque es obvio que los tres tiempos deben ser siempre tenidos en cuenta. La limitación temporal ha facilitado, además, la recogida de datos homogéneos para los países citados, y aún así existen omisiones en los mismos por falta de datos oficiales de sus respectivos países.

El haber tomado un espacio temporal de alrededor de veinte años ha permitido, además, que se pongan aún más de manifiesto los importantes cambios que se están produciendo en las estructuras familiares europeas-occidentales en el momento actual. Cambios que, necesariamente, repercutirán sobre la sociedad en su conjunto a muy corto plazo.

Y la tercera limitación tiene que ver con los aspectos teórico-conceptuales de la familia misma. En efecto, no se va a realizar un examen exhaustivo de todos los aspectos institucionales de la familia, aunque se aludirá a muchos de ellos. Por el contrario, el capítulo se centra en algunos aspectos sociológicos-demográficos que parecen ser básicos para la estabilidad o el cambio de la estructura familiar. Estos aspectos se refieren sobre todo a la nupcialidad (o falta de nupcialidad), a la disolución de los matrimonios, a la procreación o natalidad (y por tanto al control de la natalidad y al aborto). No entra de lleno en otras cuestiones importantes, como la función de la familia en la sociedad, la gran diversidad de estructuras familiares que coexisten en las sociedades actuales, las relaciones marido-mujer, las relaciones padres-hijos, etc. Un análisis de la familia de esas características son de menor interés en un libro como el presente.

Pero además se ha considerado más útil ofrecer unas pinceladas concretas y significativas que reflejen el cambio social que se está operando en la *familia europea occidental*, dejando para otros trabajos el análisis más profundo de las causas y consecuencias sociales y de otra índole que dichos cambios sin duda producirán.

En resumen, no se entra en cuestiones relativas a si se puede ya

certificar la «muerte de la familia» o cuál sea la alternativa a la «familia nuclear», o a otras cuestiones semejantes. Se describen, pues, haciendo uso de un conjunto de indicadores contrastados por la investigación, los cambios principales que se han producido en las estructuras familiares de los países miembros del Consejo de Europa entre 1960 y 1981.

#### PROCESOS DE CAMBIO.

La preocupación de investigadores y políticos por algunas tendencias que se han venido observando en estos últimos años en aspectos que afectan plenamente a la constitución, mantenimiento y disolución de las familias en Europa, ha cobrado tanta importancia que, en buena parte, ha sido una de las principales razones de que se convocara una Conferencia Demográfica Europea, la segunda, por parte del Consejo de Europa el mes de septiembre de 1982.

D. Eversley, en un informe elaborado precisamente a petición del Comité de Expertos sobre Nupcialidad y Familia (que forma parte del Comité Director para el Estudio de los Problemas Demográficos, del Consejo de Europa), resumía las tendencias actualmente dominantes en la familia europea de la siguiente forma:

- a) *Matrimonio*: aumento de la edad al casarse, y disminución de la nupcialidad.
- b) *Divorcio*: en los países en que está permitido, está aumentando o estabilizándose después de un primer impacto inicial. No se pueden establecer por esta causa cuáles son las tendencias respecto a segundas nupcias.
- c) *Separación (sin divorcio)*: no existen suficientes datos disponibles.
- d) *Natalidad*: en disminución desde 1965, está estabilizándose ahora por debajo del nivel de remplazo, pero todavía disminuyendo en países con alta natalidad (sobre todo del sur de Europa).
- e) *Aborto*: mucho más extendido legalmente, y obtenible en otros países (si no se permite en el propio). Tiende a reducir las familias de un solo progenitor que suelen originarse por la ilegalidad.
- f) *Ilegitimidad*: estable, y, a veces, creciendo. Algunos países han dejado de utilizar esta categoría porque la distinción ha perdido importancia y no tiene efectos legales.
- g) *Familias de un solo progenitor*: en aumento, debido a los divorcios y separaciones, y en disminución como consecuencia de la muerte prematura de alguno de los progenitores. (Esta categoría puede convertirse pronto en inidentificable, especialmente en condiciones de «monogamia sucesiva» e incluso de «poligamia sucesiva».)

- h) *Cohabitación*: en aquellos casos en que se dispone de evidencia, se observa una tendencia a aumentar. No se sabe cuánta «ilegitimidad» se produce en las uniones estables.
- i) *Ruptura de hogar a causa de la muerte de uno de los esposos*: se produce más tarde, lo que lleva a una cierta estabilización del porcentaje de hogares con una persona-pensionista. Sin embargo, puesto que la *esperanza de vida* de las mujeres todavía está aumentando en comparación con la de los varones, es posible que no dure este descenso en la proporción de hogares de una sola persona-viuda. Además, el volumen futuro de la categoría «personas ancianas que viven solas» se verá muy influido por las pautas de divorcio y de segundas y posteriores nupcias.
- j) *Hogares con personas disminuidas o minusválidas*: disminución de las víctimas de guerra, pero crecimiento general de la proporción de personas con 75 y más años, e incluso con 85 y más años, con una fuerte presunción de minusvalía parcial.

Resulta fácil comprender que los cambios que todos estos nuevos procesos y pautas están produciendo en la constitución, composición y disolución de la familia europea-occidental son muy importantes, y que ello tiene además que repercutir sobre las relaciones entre los miembros de la familia entre sí y con la sociedad en general. En resumen, todo parece indicar que estamos presenciando desde hace dos décadas, o incluso desde antes, un importante proceso de cambio (transformación) de la familia europea-occidental, no ya respecto al modelo tradicional de la familia extensa, sino incluso respecto al modelo de familia nuclear que surgió de la Revolución Industrial, y de su modificación después de las dos guerras mundiales.

El *ciclo vital* de la familia, concepto que fue acuñado hace ya varias décadas por Hajnal, y que en España ha utilizado recientemente el sociólogo Salustiano del Campo para analizar la familia española, no sólo ha cambiado, sino que incluso puede que haga necesaria la revisión misma del concepto. En las páginas que siguen se ofrecen datos para verificar hasta qué punto, y en qué grado, se están produciendo estos cambios en los diferentes países del Consejo de Europa.

Los cambios comienzan por manifestarse en las pautas de constitución y disolución de la familia. Después de la segunda guerra mundial se pudo observar en los países europeos-occidentales un incremento en las cifras absolutas y relativas de matrimonios (en buena parte de los matrimonios demorados a causa de la guerra). Este aumento se detuvo aproximadamente a mediados de la década de los sesenta para comenzar un proceso inverso que, en buena parte, continúa todavía.

El examen de las tasas brutas de nupcialidad, que se han incluido en la tabla 3.1 (matrimonios por 1.000 habitantes), permite definir

ciertas regularidades. La *tasa bruta de nupcialidad* en 1981 (o 1980) es inferior a la de 1960 en catorce de los veinte países para los que se ofrecen datos. Sólo en cinco de ellos (Chipre, Grecia, Liechtenstein, Malta e Irlanda) la tasa correspondiente a 1981 (o 1980) es superior a la de 1960, y en uno (Gran Bretaña) es igual en ambas fechas.

Independientemente de lo anterior, la tendencia a lo largo de estas dos últimas décadas, prácticamente en todos los países, ha sido hacia unas tasas de nupcialidad continuamente en disminución desde 1965. Las excepciones son escasas, no parecen formar una pauta, y suelen referirse a pequeños países. Por el contrario, puede comprobarse que, en 1960, sólo tres países tenían una tasa inferior a 6 por 1.000, mientras que, en 1980, nueve de los veinte países tenían una tasa inferior a 6 por 1.000, e incluso uno (Suecia) inferior al 4 por 1.000.

Los diferentes informes citados (Kirk, Roussel y Festy) coinciden en que esta tendencia a la disminución de la nupcialidad puede tener un doble origen: el retraso temporal en el matrimonio, o su no celebración en absoluto en el caso de muchos individuos. Dos factores explicativos se han ofrecido para ambas posibilidades: el *incremento en las relaciones pre-matrimoniales* y la *cohabitación*, y el nuevo *papel social de la mujer* (especialmente por lo que respecta a su mayor participación en la población activa).

TABLA 3.1  
*Tasa bruta de nupcialidad*  
(Matrimonios por 1.000 habitantes)

	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Austria .....	8,3	7,8	7,1	6,2	6,1	6,0	5,9	6,1	6,2	6,3
Bélgica .....	7,1	7,0	7,6	7,3	7,2	7,0	6,8	6,6	6,7	—
Chipre .....	—	7,6	8,6	10,6	7,3	9,7	9,7	12,0	8,1	11,2
Dinamarca .....	7,8	8,8	7,4	6,3	6,1	6,3	5,6	5,4	5,2	5,0
Francia .....	7,0	7,1	7,8	7,3	7,1	5,9	6,7	6,4	6,2	5,8
R. F. de Alemania .....	9,4	8,3	7,3	6,3	5,9	5,8	5,4	5,6	5,9	5,9
Grecia .....	7,0	9,4	7,7	8,4	6,9	8,2	7,7	8,3	6,5	7,3
Irlanda .....	7,4	8,1	7,8	7,7	7,5	7,1	7,1	6,4	5,7	5,9
Italia .....	5,5	5,9	7,1	6,7	6,4	6,1	6,4	6,2	6,4	—
Liechtenstein .....	7,6	7,6	7,3	6,7	6,3	6,2	5,8	5,7	5,7	—
Luxemburgo .....	5,7	6,8	5,9	6,8	6,8	5,9	5,9	6,0	7,1	6,9
Malta .....	7,1	6,6	6,4	6,8	6,2	6,2	5,9	5,7	5,9	5,5
Países Bajos .....	5,9	6,2	7,3	8,8	9,1	9,3	8,8	7,9	9,1	9,3
Noruega .....	7,8	8,8	9,5	7,3	7,0	6,7	6,4	6,1	6,4	6,0
Portugal .....	6,6	6,5	7,6	6,5	6,3	5,9	5,8	5,7	5,4	5,4
España .....	7,8	8,3	9,0	10,9	10,5	9,4	8,3	7,9	7,4	—
Suecia .....	7,8	7,1	7,3	7,6	7,3	7,2	7,0	6,6	5,7	5,3
Suiza .....	6,7	7,8	5,4	5,4	5,4	4,9	4,6	4,5	4,5	4,6
Turquía .....	7,8	7,6	7,5	5,5	5,1	5,2	5,1	5,3	5,6	5,6
Reino Unido .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	7,5	7,8	8,5	7,7	7,3	7,2	7,5	7,5	7,5	—

En cuanto al incremento en las relaciones pre-matrimoniales, no existen datos estadísticos, pero se tiene información procedente de encuestas sociológicas y sondeos de opinión en diferentes países europeos. Se ha producido en la población, en general, y más especialmente entre los jóvenes, un cambio importante en el sistema de valores, de forma que la moral tradicional ha dado paso a una mayor permisividad social respecto a este tipo de relaciones pre-matrimoniales, que implica incluso una menor valoración positiva de la virginidad (o al menos una menor valoración negativa de la no- virginidad). Al cambiar los valores, han cambiado también los comportamientos, de forma que, en base también a diferentes investigaciones sociológicas, puede asegurarse que ha aumentado considerablemente la proporción de jóvenes que mantienen relaciones pre-matrimoniales.

De igual forma, aunque tampoco se dispone de datos estadísticos precisos, existe suficiente información que corrobora el incremento de la cohabitación de las parejas jóvenes; que en algunos casos puede terminar en una legalización de esa situación, es decir, en una unión matrimonial. El hecho ha comenzado a revestir tal importancia en Europa que ha obligado a que la jurisprudencia se ocupe, cada vez con más frecuencia, de este tipo de parejas más o menos consensuales, dándoles un tratamiento semejante al de las parejas legalmente constituidas. El incremento de este tipo de parejas consensuales, no sólo repercute sobre la disminución de la nupcialidad (retrasándola temporal o indefinidamente), sino también sobre la natalidad, reduciéndola.

En cuanto al nuevo papel de la mujer hay que señalar que desde la segunda guerra mundial la mujer ha incrementado su nivel de educación y formación profesional para trabajar fuera del hogar, ha incrementado su participación en la población activa, y ha reducido considerablemente las diferencias que la separaban tradicionalmente del varón en cuanto a derechos civiles, económicos y políticos. En definitiva, la mujer ha logrado un mayor grado de independencia respecto al varón en todos los órdenes de la vida, por lo que el matrimonio ha dejado de ser el medio para lograr una cierta seguridad en la vida, hasta el punto de que para muchas mujeres se ha convertido en un obstáculo (real o percibido) para su propia realización personal.

Estos tres factores conjuntamente parecen contribuir a un cierto retraso (temporal o permanente) en formalizar un matrimonio. Los datos de la tabla 3.2 demuestran que este hecho se ha producido realmente, al menos de manera general. Es preciso advertir que, lamentablemente, estos datos no son todo lo completos que sería deseable. Así, los datos relativos a España se refieren a todos los matrimonios, y no sólo a las primeras nupcias, y los datos de Turquía se refieren sólo a matrimonios celebrados en las ciudades. En todo caso, la pauta general que muestran estos datos puede resumirse así: a) La edad promedio

TABLA 3.2  
Edad promedio al casarse, en primeras nupcias

	1960		1965		1970		1975		1976		1977		1978		1979		1980	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
Austria .....	—	—	26,7	23,6	26,0	23,2	25,8	23,0	25,9	23,0	26,0	23,1	26,1	23,3	26,2	23,5	26,2	23,5
Bélgica .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chipre .....	—	—	—	—	—	—	25,5	22,9	25,8	23,2	25,7	22,9	25,8	22,7	25,8	22,9	26,1	23,3
Dinamarca .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Francia .....	—	—	24,9	22,7	24,7	22,7	24,7	22,5	24,7	22,6	24,8	22,7	25,0	22,8	25,0	22,9	25,1	23,0
R. F. de Alemania .....	—	—	26,0	23,7	25,6	23,0	25,3	22,7	25,6	22,9	25,7	22,9	25,9	23,1	26,0	23,2	26,1	23,4
Grecia .....	—	—	28,7	23,9	27,9	22,9	27,7	22,8	27,5	22,4	27,6	22,4	27,4	22,3	27,3	22,3	27,1	22,3
Islandia .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Irlanda .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia .....	—	—	28,2	24,4	27,5	24,1	22,2	24,0	27,3	24,2	27,1	23,9	27,3	24,2	—	—	—	—
Liechtenstein .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo .....	—	—	—	—	—	—	—	—	25,6	22,7	—	—	—	—	25,9	23,0	25,9	23,0
Malta .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos .....	—	—	25,8	23,5	24,8	22,9	24,8	22,7	24,9	22,7	25,1	22,8	25,3	23,0	25,4	23,1	25,5	23,2
Noruega .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portugal .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
España .....	—	—	28,4	25,2	27,8	24,9	27,5	24,7	27,3	24,6	27,2	24,5	27,3	24,5	26,8	24,2	—	—
Suecia .....	—	—	26,6	25,2	26,7	24,3	27,7	25,2	27,9	25,2	28,2	25,4	28,5	25,7	28,8	26,1	29,1	26,3
Suiza .....	—	—	27,0	24,6	26,5	24,2	26,6	24,3	26,8	24,4	27,1	24,7	27,3	24,9	27,4	24,9	—	—
Turquía .....	—	—	27,2	22,6	26,6	22,0	26,0	20,8	26,0	21,7	26,1	21,8	25,7	21,5	26,0	21,8	—	—
Reino Unido .....	—	—	25,0	22,6	24,4	22,4	25,0	22,8	25,1	22,8	25,1	22,8	25,2	22,8	25,2	22,9	25,3	23,0

Notas: V (varones), M (mujeres).

de los varones al casarse es aproximadamente dos años superior a la de las mujeres. *b)* De manera general, la edad promedio al casarse, que había ido reduciéndose desde la década de los cincuenta como consecuencia de las mayores facilidades de los jóvenes para independizarse económicamente de los padres, comienza a elevarse a partir de 1975, aproximadamente. En algunos países el cambio se produce unos años antes o unos años después, pero desde 1975 aproximadamente se observa en general este incremento en la edad promedio al casarse. *c)* Las excepciones más importantes a esta pauta son Grecia, España y Turquía, probablemente porque todavía estaban en el estadio previo de reducción de la edad al casarse, por la tardía emancipación de los jóvenes del hogar paterno.

Pero no se trata sólo de que ahora la gente se case en menor proporción que antes, o que los que se casan lo hagan más tarde. Otro hecho que afecta a la estabilidad de la familia es que *los matrimonios duran menos tiempo*, es decir, se rompen con mayor frecuencia. El matrimonio se puede romper por razones naturales (muerte de uno de los cónyuges) o por razones jurídicas (disolución del vínculo). Los países de Europa occidental han ido progresivamente aceptando primero la separación o la anulación de los matrimonios, y finalmente el divorcio (con mayores o menores condicionamientos, según los países).

La ruptura del matrimonio por *razones naturales* ha perdido importancia relativa como consecuencia de la disminución de la mortalidad y del consiguiente incremento de la *esperanza de vida*, tanto para mujeres como para varones. La muerte es cada vez una causa más tardía de separación entre los cónyuges. La duración de la unión matrimonial se ha incrementado por esta causa en más del 100 por 100 a lo largo de este siglo. Debido al mayor incremento relativo de esperanza de vida entre las mujeres, cada vez es más frecuente que la causa de la ruptura sea la muerte del varón (porque su mortalidad es mayor, y porque suele ser dos o tres años mayor como promedio que su esposa). Ello explica que el número de viudas sea mucho mayor (dos veces mayor en algunos países) que el de viudos.

Puede que precisamente para compensar esta mayor posibilidad de duración de los matrimonios la ruptura por *causas sociales* (jurídicas) ha aumentado extraordinariamente. Si bien es difícil obtener datos sobre separaciones, existen ya estadísticas fiables sobre el número de divorcios en los países europeos-occidentales, tal y como puede comprobarse en la tabla 3.3. Los datos demuestran inequívocamente que, salvo muy contadas excepciones, la *tasa de divorcividad* es más alta en 1981 que en 1960, y en bastantes casos es casi el doble o más del doble que en 1960. Pero lo más notable es que en algunos casos la tasa de divorcividad se acerca cada vez más a la de nupcialidad, como sucede en Suecia y Dinamarca. En Suecia en 1960 hubo 6,7 matrimonios por

cada mil habitantes y 1,2 divorcios también por cada mil habitantes; en 1981, las correspondientes tasas fueron de 4,6 y 2,4 por mil. En otras palabras, en 1960 hubo en aquel país más de cinco matrimonios por cada divorcio, mientras que en 1981 no llegó a dos matrimonios por divorcio.

TABLA 3.3  
Tasa bruta de divorcivdad  
(Divorcios por 1.000 habitantes)

	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Austria .....	1,1	1,2	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8
Bélgica .....	0,5	0,6	0,7	1,1	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	—
Chipre .....	—	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Dinamarca .....	1,5	1,4	1,9	2,6	2,6	2,6	2,6	2,5	2,7	2,8
Francia .....	0,7	0,7	0,8	1,2	1,2	1,4	1,5	1,7	1,7	—
R. F. de Alemania ..	0,9	1,0	1,3	1,7	1,8	1,2	0,5	1,3	1,6	—
Grecia .....	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,6
Islandia .....	0,7	0,9	1,2	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	1,9	2,0
Irlanda .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia .....	—	—	—	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	—
Liechtenstein .....	0,3	0,1	0,4	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo .....	0,5	0,4	0,6	0,6	1,0	1,1	1,5	1,2	1,6	1,4
Malta .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos .....	0,5	0,5	0,0	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,8	2,0
Noruega .....	0,7	0,7	0,9	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	—
Portugal .....	0,1	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	0,7	0,6	—	—
España .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suecia .....	1,2	1,2	1,6	3,1	2,6	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4
Suiza .....	0,9	0,8	1,0	1,4	1,5	1,7	1,7	1,6	1,7	—
Turquía .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido .....	0,5	0,7	1,1	2,3	2,4	2,5	2,7	2,7	2,9	—

Los datos parciales existentes para algunos de los países aquí estudiados parecen demostrar que gran parte de los divorcios se producen en matrimonios de corta duración, es decir, en los primeros años. De igual forma, parece que el promedio de hijos e hijas en los matrimonios que se rompen por divorcios es algo menor, a igualdad de duración, que en los matrimonios que no se rompen. Sin embargo, la evidencia no es todavía concluyente respecto a la secuencia causal: se rompen con más facilidad los matrimonios con pocos hijos/as (o sin hijos/as), o bien se tienen menos hijos/as en aquellos matrimonios con tendencia a romperse mediante divorcio. Lo que parece comprobado es que el incremento en el número de divorcios está también produciendo un incremento en el número de matrimonios en segundas o posteriores nupcias, y que la proporción de quienes contraen nuevas nupcias es superior entre los varones.

Teniendo en cuenta los anteriores hechos, cabría deducir que esta-

ría aumentando la proporción de solteros, tanto varones como mujeres. Los datos, sin embargo, todavía no permiten generalizar sobre esta cuestión. Existen variaciones importantes de unos países a otros y de unos grupos de edad a otros. Así, y como consecuencia de la reducción general del promedio de edad al casarse durante la década de los cincuenta y de los sesenta la proporción de casados aumentó hasta 1970, aunque en algunos países esa proporción se ha reducido desde esa fecha. La tabla 3.4 presenta los datos disponibles hasta el momento, ya que los datos del Censo de 1980 (o de 1981 según los países) todavía no son fácilmente asequibles en todos los países implicados. La tendencia general de los datos de la tabla 3.4 que sólo llegan hasta 1970, demuestran que: *a)* Se redujo en esas dos décadas la proporción de personas solteras en el grupo de edad de 45 a 49 años (tanto entre los varones como entre las mujeres), y con carácter general en todos los países para los que se ha contado con datos. *b)* La proporción de mujeres solteras en ese grupo de edad es generalmente mayor que la de varones, debido al desequilibrio entre varones y mujeres (por la menor mortalidad de éstas, y por la frecuente diferencia de dos años entre ambos sexos para el emparejamiento, lo que reduce el «mercado» potencial de maridos para cada cohorte de mujeres). Este desequilibrio es especialmente notable en algunos países que sufrieron pérdidas muy considerables de varones durante la segunda guerra mundial. *c)* Las diferencias que subsisten entre países demuestran la existencia de profundas diferencias socio-culturales y económicas entre ellos.

#### PAUTAS DE REPRODUCCIÓN.

Tradicionalmente se afirmaba que la función primordial del matrimonio era la procreación. Los países europeos-occidentales, en la medida en que fueron pioneros en los procesos de industrialización, urbanización, modernización y secularización, fueron también pioneros en pasar por el proceso de *transición demográfica* (de altas tasas de mortalidad y natalidad a bajas tasas de mortalidad y natalidad). La disminución de la natalidad, acelerada a lo largo del siglo XX, alcanzó unos niveles que se consideraron mínimos hacia la segunda guerra mundial. Al acabar la contienda, sin embargo, se produjo un espectacular incremento de las tasas brutas de natalidad que se conoce como el *baby boom*. Después de una cierta reducción posterior de las tasas, éstas volvieron a aumentar ligeramente hasta la década de los sesenta, la década del desarrollo y del optimismo desarrollista. Pero, desde esas fechas, la natalidad ha continuado descendiendo casi ininterrumpidamente hasta la actualidad.

TABLA 3.4  
 Proporción de personas solteras de 45 a 49 años de edad  
 (Porcentajes)

	1950		1960		1970	
	V	M	V	M	V	M
Austria .....	10,0	14,3	8,0	12,1	6,7	11,4
Bélgica .....	9,1	10,3	9,0	9,2	8,3	7,7
Chipre .....	—	—	—	—	—	—
Dinamarca .....	9,7	13,9	9,7	9,4	9,4	6,7
Francia .....	10,7	10,2	10,0	8,6	9,9	8,2
R. F. de Alemania .....	6,8	12,7	4,9	9,4	4,4	9,8
Grecia .....	7,3	5,1	6,9	6,2	6,2	7,1
Islandia .....	—	—	—	—	—	—
Irlanda .....	32,0	26,3	30,5	22,1	29,9	20,4
Italia .....	9,3	15,0	9,3	13,7	11,1	13,8
Liechtenstein .....	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo .....	—	—	—	—	—	—
Malta .....	—	—	—	—	—	—
Países Bajos .....	9,1	13,5	7,7	11,0	7,0	8,3
Noruega .....	15,5	20,5	13,4	13,0	12,9	8,4
Portugal .....	12,2	17,2	11,5	15,9	8,2	12,5
España .....	10,0	15,0	9,5	13,5	9,0	12,0
Suecia .....	16,2	18,5	14,5	11,0	14,0	7,8
Suiza .....	13,4	19,2	11,9	15,3	9,2	12,0
Turquía .....	—	—	—	—	—	—
Reino Unido .....	9,8	15,2	9,5	10,5	9,8	7,8

Notas: V (varones), M (mujeres).

Los datos que se presentan en la tabla 3.5 demuestran que la tasa bruta de natalidad en 1981 (o 1980) es inferior a la de 1960 en todos los países, salvo en Irlanda. En 1960 había siete países con tasas brutas de natalidad superiores a 20 por 1.000; en 1980 sólo había dos países. En 1960, cuatro países tenían tasas brutas de natalidad inferiores a 17 por 1.000 (y de ellos, sólo uno —Suecia—, inferior a 14 por 1.000); en 1980, once de los veinte países tenían ya una tasa inferior a 14 por 1.000. La disminución ha sido, en casi todos los casos, ininterrumpida, con excepciones muy ocasionales y que, por lo general, no pueden considerarse alteraciones a esta tendencia.

Sólo en algunos países (como Austria, Francia o el Reino Unido) parece detectarse un cierto incremento de la natalidad en los dos o tres últimos años, aunque es pronto todavía para afirmar que se trate de una tendencia que vaya a consolidarse e incluso a ampliarse a otros países. En todo caso, la alarma ante esta situación se está ya reflejando en una gran preocupación en varios gobiernos de Europa occidental, como se puso de manifiesto en la reciente Conferencia Demográfica

Europea al examinar las políticas demográficas y hacia la familia de los países miembros del Consejo de Europa.

Independientemente de las políticas pro-natalistas que algunos países europeos están adoptando (Francia es posiblemente el que destaca en esta actividad), la casi totalidad de ellos están convencidos de que corresponde a las parejas decidir libre y responsablemente no sólo el número de hijos/as que tienen, sino *cuándo* los tienen (es decir, el espaciamiento entre unos hijos/as y otros).

TABLA 3.5  
Tasa bruta de natalidad  
(Nacimientos por 1.000 habitantes)

	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Austria .....	17,9	17,9	15,2	12,5	11,6	11,4	11,4	11,5	12,1	12,4
Bélgica .....	16,9	16,3	14,6	12,2	12,3	12,4	12,4	12,6	12,6	—
Chipre .....	—	23,2	19,2	16,0	18,7	18,4	19,3	20,5	21,7	20,6
Dinamarca .....	16,6	18,0	14,4	14,2	12,9	12,2	12,2	11,6	11,2	10,4
Francia .....	17,9	17,8	16,7	14,1	13,6	14,0	13,8	14,2	14,9	14,9
R. F. de Alemania .....	17,4	17,7	13,4	9,7	9,8	9,5	9,4	9,5	10,1	10,1
Grecia .....	18,9	17,7	16,5	15,7	16,0	15,4	15,5	15,5	15,4	14,5
Islandia .....	28,0	24,6	19,7	20,1	19,5	18,0	18,6	19,8	19,8	18,8
Irlanda .....	21,5	22,1	21,9	21,2	21,0	21,1	21,2	21,5	21,9	—
Italia .....	17,9	18,8	16,5	14,8	13,9	13,1	12,5	11,8	11,3	—
Liechtenstein .....	22,8	20,4	19,8	12,8	14,3	12,8	12,3	14,3	15,1	14,6
Luxemburgo .....	16,0	16,0	13,0	11,1	10,8	11,2	11,2	11,2	11,4	12,1
Malta .....	26,1	17,6	16,3	19,0	18,7	18,8	18,1	18,5	17,6	16,7
Países Bajos .....	20,8	19,9	18,3	13,0	12,9	12,5	12,6	12,5	12,8	12,5
Noruega .....	17,3	17,8	16,6	14,1	13,3	12,6	12,8	12,7	12,5	12,3
Portugal .....	23,9	23,0	20,0	19,1	19,3	18,6	17,1	16,3	16,3	—
España .....	21,8	21,1	19,6	18,8	18,8	18,0	17,3	16,1	15,1	14,1
Suecia .....	13,7	15,9	13,7	12,6	12,0	11,6	11,3	11,6	11,7	11,3
Suiza .....	17,6	18,8	15,8	12,3	11,7	11,5	11,3	11,3	11,6	11,5
Turquía .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido .....	17,5	18,4	16,3	12,5	12,1	11,8	12,3	13,1	13,5	13,1

Numerosos estudios sociológicos, y los datos estadísticos disponibles, demuestran la utilización masiva de medios anticonceptivos en todos los países europeo-occidentales, lo que ha permitido reducir a promedios próximos a dos el número de hijos/as por pareja. El tamaño ideal, que todavía en la década de los sesenta se encontraba en un promedio de 3 hijos/as por familia (en un intervalo de 2 a 4), se ha visto ya reducido a 2 en estas últimas décadas. Pero la utilización de métodos de control de natalidad no sólo ha permitido reducir el número total de hijos/as que tienen, sino que ha permitido asimismo controlar mejor su espaciamiento. La pauta general parecía ser la de tener los hijos/as en los primeros años de matrimonio. Puesto que la edad promedio al

casarse había tendido a disminuir, la edad promedio de las mujeres al tener su primer hijo también había tendido a reducirse.

En la tabla 3.6 se observa que la edad promedio de las mujeres al tener el primer hijo/a es, por necesidad, inferior a la edad promedio al considerar todos los hijos/as. (Los datos para Islandia tienen que ser, necesariamente, erróneos, y probablemente la fuente estadística de la que se han obtenido, simplemente intercambió los datos correspondientes al primer hijo/a y a cualquier número de hijos/as.) La edad promedio de las mujeres al tener sus hijos/as es, en 1980, inferior al promedio correspondiente a 1960, salvo en Dinamarca, República Federal de Alemania, Suecia, Suiza, Turquía, y el Reino Unido.

Puesto que la pauta general, en casi todos los países, parece demostrar que la edad al tener hijos/as disminuyó hasta mediados de la década de los setenta para elevarse generalmente después, parece lógico pensar que esta pauta está relacionada causalmente con la pauta antes señalada respecto a la edad al contraer primeras nupcias. Ello explica que aquellos países que antes han comenzado a retrasar la edad al casarse, sean también los primeros en mostrar un retraso en la edad en que tienen sus hijos/as. Éste es en general el caso de los países citados.

En cuanto a la reducción del número de hijos/as los datos que se presentan en la tabla 3.7 muestran que con la excepción de Suecia y Turquía (por razones muy diferentes) la proporción de hijos/as nacidos que ocupaban el cuarto lugar es muy inferior en 1980 a 1960. (El caso de Suecia se explica porque el nivel en que se mueve es de por sí muy bajo, y porque además no existen datos antes de 1976.) El cambio en este aspecto ha sido extraordinario. En efecto, mientras que en 1960 en cuatro países (Islandia, Irlanda, Portugal y Turquía) más de un tercio de los niños/as nacidos ocupaban el rango cuarto o superior, en 1980 no había más que un solo país en el que esa proporción llegase a uno de cada diez (Islandia).

La reducción tan drástica de la natalidad en los países europeos occidentales tiene, por supuesto, consecuencias importantes para el futuro, en cuanto que está reduciendo extraordinariamente no sólo el crecimiento actual de su población, sino su potencial de crecimiento futuro, es decir, su capacidad de reproducción. Tradicionalmente, se han utilizado dos tasas de reproducción para medir esta capacidad potencial. La *tasa bruta de reproducción* mide el número de *hijas* que sobreviven a una mujer nacida hoy que, a lo largo de sus años reproductivos (15 a 49 años), tuviese hijos/as de acuerdo con las tasas específicas de fecundidad que tienen ahora las mujeres comprendidas en ese grupo de edad. La *tasa neta de reproducción* es igual, pero descuenta de este cálculo las mujeres que no se reproducirán (ni nacerán) como consecuencia de la mortalidad previsible (y que también se toma como igual a la actualmente observada en las mujeres de distintos grupos de

TABLA 3.6  
 Edad media de las mujeres al tener hijos/as  
 (El primero/a o cualquiera)

	1960		1965		1970		1975		1976		1977		1978		1979		1980		
	1.º	C																	
Austria.....	24,8	27,6	24,1	27,1	23,8	26,4	24,0	26,0	24,1	26,0	24,1	26,0	24,2	25,9	24,2	25,9	24,3	25,9	—
Bélgica.....	25,1	—	24,4	—	24,0	—	24,1	—	24,3	—	24,4	—	—	—	—	—	—	—	—
Chipre.....	—	—	—	—	—	—	24,0	26,4	24,0	26,3	24,4	26,7	24,2	26,5	23,4	26,0	23,8	26,1	—
Dinamarca.....	23,1	26,8	22,7	26,1	23,7	26,2	24,0	26,4	24,1	26,6	24,4	26,6	24,5	26,7	24,5	26,8	24,6	26,9	—
Francia.....	24,7	27,6	24,4	27,3	24,4	27,2	24,5	26,7	24,6	26,6	24,6	26,5	—	26,6	—	26,7	—	26,8	—
R. F. de Alemania.....	—	—	24,9	27,6	24,3	27,4	24,8	27,0	24,9	27,0	25,0	27,0	25,1	27,0	25,2	27,0	25,2	27,0	—
Grecia.....	25,6	28,0	25,4	28,0	24,0	26,8	23,6	26,0	23,5	25,7	23,5	25,6	23,4	25,4	23,3	25,2	23,3	25,1	—
Islandia.....	—	—	26,9	21,4	26,0	21,3	25,7	21,8	25,7	21,8	25,9	21,8	25,8	21,8	26,1	22,0	26,2	21,9	—
Irlanda.....	27,5	31,6	26,5	30,7	25,8	29,6	25,2	28,8	25,4	28,8	25,5	28,8	25,5	28,3	—	—	—	—	—
Italia.....	26,0	29,0	25,4	28,7	25,0	28,1	24,7	27,5	24,7	27,4	24,8	27,4	24,9	27,3	24,9	27,2	—	—	—
Liechtenstein.....	—	28,3	—	27,4	—	30,3	—	27,6	—	28,1	—	28,0	—	27,4	—	27,6	—	—	—
Luxemburgo.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malta.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos.....	25,6	29,6	24,7	28,6	24,2	27,4	25,0	26,9	25,1	27,0	25,3	27,2	25,4	27,3	25,6	27,4	25,6	27,5	—
Noruega.....	25,4	28,8	23,7	27,2	23,6	26,1	24,2	25,9	24,4	26,1	24,5	26,2	24,9	26,5	25,0	26,6	25,2	26,7	—
Portugal.....	25,1	29,0	25,0	29,2	24,4	28,7	24,0	27,7	23,7	27,0	23,6	26,8	23,6	26,7	23,6	26,7	—	—	—
España.....	—	—	—	—	—	—	—	28,8	—	28,5	—	28,5	—	28,4	—	28,3	—	—	—
Suecia.....	—	—	—	—	—	—	24,5	26,7	24,8	26,9	24,9	27,1	25,1	27,4	25,8	27,7	26,0	27,8	—
Suiza.....	26,0	28,7	25,3	27,9	25,1	27,6	25,7	27,6	25,9	27,7	26,2	27,9	26,3	28,0	26,4	28,0	26,4	28,1	—
Turquía.....	19,1	20,9	19,3	24,0	19,1	25,1	19,5	25,3	19,9	25,7	20,4	25,4	20,1	25,6	—	—	—	—	—
Reino Unido.....	24,8	27,7	24,1	27,0	23,8	26,2	24,6	26,3	24,7	26,4	24,9	26,5	25,0	26,6	25,0	26,7	25,0	26,7	—

Notas: 1.º (primer hijo/a), C (cualquier hijo/a).

TABLA 3.7  
*Hijos/as de orden cuarto o superior*  
 (Porcentajes sobre 100 nacidos vivos)

	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Austria .....	16,4	17,5	14,4	11,0	10,1	9,4	8,7	8,1	7,5	7,1
Bélgica .....	21,8	20,2	15,0	9,3	8,0	7,4	7,2	—	—	—
Chipre .....	—	28,5	15,3	9,1	7,0	6,2	5,0	4,7	4,4	—
Dinamarca .....	17,6	15,1	7,4	5,5	5,4	5,0	4,5	4,5	4,4	—
Francia .....	24,9	20,5	15,5	9,5	7,9	7,2	6,8	6,6	6,6	—
R. F. de Alemania .....	13,4	13,2	11,6	8,5	7,6	6,8	6,3	6,1	5,9	—
Grecia .....	13,4	9,1	7,2	6,8	5,8	5,5	5,1	4,9	5,0	—
Islandia .....	32,1	29,5	19,9	13,9	13,1	12,9	11,9	11,6	12,1	—
Irlanda .....	44,6	41,3	34,8	27,7	27,0	26,8	27,3	—	—	—
Italia .....	20,0	17,5	15,0	10,8	10,0	9,2	8,5	7,6	—	—
Liechtenstein .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo .....	13,1	13,2	10,8	7,0	6,4	5,2	5,0	4,9	4,5	—
Malta .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos .....	25,1	19,7	12,0	5,6	5,5	5,5	5,4	5,6	6,1	6,5
Noruega .....	15,4	16,0	11,5	6,4	6,4	5,6	5,7	5,8	5,5	—
Portugal .....	31,6	32,2	28,0	19,9	16,9	15,1	13,9	13,1	—	—
España .....	—	—	—	15,4	14,7	14,1	13,2	12,3	—	—
Suecia .....	—	—	—	—	4,6	4,6	4,9	5,3	5,5	—
Suiza .....	16,8	13,6	9,8	5,8	5,5	5,1	5,0	4,7	4,7	—
Turquía .....	34,4	46,2	49,7	47,0	46,0	40,8	43,0	—	—	—
Reino Unido .....	16,7	16,3	12,6	7,8	7,3	6,9	6,9	7,1	7,2	—

edad). Como se ve en la tabla 3.8, toda tasa de reproducción superior a 1 indica que cada mujer deja detrás de sí algo más que una *hija* al concluir su período reproductivo. Puede observarse también que aunque las tasas netas son siempre (tienen que serlo) inferiores a las tasas brutas, las diferencias son pequeñas, lo que indica que la mortalidad femenina en todos estos países es mínima.

La capacidad reproductora de las poblaciones europeas-occidentales está seriamente comprometida, pues se encuentra por debajo del nivel de simple remplazamiento (por debajo de 1). En 1980, de los catorce países de los que se tienen datos sobre su tasa neta de reproducción, sólo tres se encontraban por encima del nivel de remplazamiento: Chipre, Grecia e Islandia. De seguir, pues, los actuales niveles de natalidad en los países europeos-occidentales, el volumen absoluto de su población tenderá a disminuir. El problema no sólo es que la población europea disminuirá sus cifras absolutas respecto a las actuales, sino que el resto del mundo está orientado a un ritmo de crecimiento considerablemente acelerado, lo que implica que el peso relativo de la población europea será cada vez menor. (Como ejemplo basta señalar que la población de los países-en-vías-de-desarrollo era el doble que la de los países desarrollados en 1960, el triple en 1980, y será el cuádruple en

TABLA 3.8  
*Tasas bruta y neta de reproducción*  
 (Hijos/as por mujer en cada cohorte hipotética)

	1960		1965		1970		1975		1976		1977		1978		1979		1980		1981	
	T.B.R.	T.N.R.																		
Austria.....	1,31	1,24	1,31	1,26	1,11	1,07	0,90	0,87	0,83	0,80	0,80	0,78	0,79	0,77	0,79	0,77	0,82	0,80	0,84	0,82
Bélgica.....	1,24	1,19	1,27	1,22	1,09	1,06	0,84	0,82	0,84	0,81	0,83	0,80	0,82	0,80	—	—	—	—	—	—
Chipre.....	—	—	—	—	1,23	1,18	0,99	0,94	1,08	1,05	1,06	1,03	1,13	1,09	1,15	1,12	1,18	1,14	—	—
Dinamarca.....	1,24	1,20	1,27	1,23	0,95	0,93	0,94	0,92	0,84	0,83	0,81	0,79	0,81	0,80	0,78	0,77	0,75	0,74	0,70	0,69
Francia.....	1,33	1,29	1,39	1,34	1,21	1,17	0,94	0,92	0,89	0,87	0,91	0,89	0,89	0,87	0,91	0,89	0,96	0,94	0,96	0,94
R. F. de Alem.....	1,15	1,10	1,22	1,17	0,98	0,95	0,70	0,68	0,71	0,69	0,68	0,66	0,67	0,65	0,67	0,65	0,70	0,68	0,70	0,68
Grecia.....	1,10	1,02	1,11	1,04	1,13	1,07	1,14	1,10	1,15	1,09	1,10	1,04	1,10	1,04	1,09	1,04	1,08	1,02	—	—
Islandia.....	2,02	1,95	1,78	1,72	1,36	1,32	1,29	1,26	1,21	1,19	1,13	1,11	1,15	1,13	1,22	1,19	1,21	1,19	—	—
Irlanda.....	1,86	1,80	1,97	1,85	1,88	1,81	1,65	1,60	1,61	1,56	1,58	1,53	1,59	1,54	—	—	—	—	—	—
Italia.....	1,15	1,07	1,28	1,20	1,16	1,10	1,05	1,00	0,98	0,94	0,94	0,91	0,89	0,86	0,87	0,85	—	—	—	—
Liechtenstein.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo.....	1,11	1,06	1,14	1,10	0,96	0,93	—	—	—	—	—	—	0,73	0,70	0,72	0,69	0,73	0,70	—	—
Malta.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,99	0,96	0,94	0,93	—	—
Países Bajos.....	1,52	1,46	1,46	1,43	1,25	1,22	0,81	0,79	0,79	0,78	0,77	0,75	0,77	0,76	0,76	0,75	0,78	0,76	—	—
Noruega.....	1,38	1,33	1,41	1,37	1,22	1,19	0,97	0,95	0,91	0,89	0,85	0,84	0,86	0,84	0,85	0,84	0,83	0,82	0,83	0,82
Portugal.....	1,50	1,31	1,50	1,36	1,34	1,23	1,26	1,19	1,26	1,19	1,21	1,14	1,11	1,05	1,06	1,00	—	—	—	—
España.....	1,32	1,24	1,42	1,35	1,83	1,35	1,35	1,31	1,35	—	1,28	—	1,22	—	1,14	—	1,05	—	0,98	—
Suecia.....	1,06	1,02	1,17	1,15	0,94	0,92	0,86	0,85	0,82	0,81	0,80	0,78	0,78	0,77	0,81	0,79	0,82	0,80	—	—
Suiza.....	1,19	1,15	1,27	1,23	1,02	1,00	0,78	0,76	0,75	0,73	0,74	0,72	0,73	0,71	0,73	0,71	0,75	0,73	0,75	0,73
Turquía.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido.....	1,30	1,26	1,39	1,35	1,18	1,15	0,88	0,87	0,85	0,83	0,82	0,81	0,86	0,84	0,91	0,89	0,93	0,91	0,91	0,89

Notas: T.B.R. (tasa bruta de reproducción), T.N.R. (tasa neta de reproducción).

el año 2000. Esta diferencia será todavía más amplia si, de los países desarrollados, se toman solamente los de Europa occidental. El problema no es sólo que la población europea tenga un peso relativo cada vez menor en el conjunto mundial, sino que además su población será cada vez más anciana (mientras que en los países en desarrollo es de acusada juventud). Este hecho tiene también consecuencias respecto a la estructura familiar, puesto que implica que cada vez habrá más adultos viviendo solos y no en familia.

La falta de capacidad reproductora de las poblaciones europeas se comprueba también mediante la *tasa general de fecundidad*, cuya interpretación es semejante a la *tasa neta de reproducción*, pero tomando en cuenta los nacimientos de uno y otro sexos, varones y mujeres. En todos los países, la tasa correspondiente a 1980 es inferior a la de 1960; y además, sólo tres países tienen una tasa superior a 2 (que será el nivel de remplazo) (Véase la tabla 3.9).

TABLA 3.9  
*Tasa general de fecundidad*

(Suma de las tasas específicas de fecundidad de mujeres de 15 a 45 años de edad)

	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Austria .....	2,69	2,68	2,30	1,84	1,70	1,65	1,63	1,62	1,68	1,71
Bélgica .....	2,52	2,59	2,24	1,74	1,73	1,70	1,70	—	—	—
Chipre .....	—	—	2,54	2,01	2,25	2,23	2,29	2,39	2,47	—
Dinamarca .....	2,54	2,61	1,95	1,92	1,75	1,66	1,67	1,60	1,55	1,44
Francia .....	2,73	2,84	2,47	1,32	1,83	1,87	1,83	1,87	1,96	1,97
R. F. de Alemania .....	2,37	2,51	2,02	1,45	1,46	1,40	1,38	1,37	1,44	1,44
Grecia .....	2,28	2,30	2,34	2,36	2,38	2,27	2,27	2,26	2,23	—
Islandia .....	4,17	3,71	2,81	2,65	2,52	2,31	2,35	2,49	2,48	—
Irlanda .....	3,75	4,03	3,87	3,40	3,30	3,26	3,24	—	—	—
Italia .....	2,41	2,65	2,39	2,18	2,08	1,94	1,84	1,76	1,66	1,56
Liechtenstein .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo .....	2,28	2,34	1,97	—	—	—	1,50	1,48	1,51	—
Malta .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos .....	3,12	3,04	2,57	1,66	1,63	1,58	1,58	1,56	1,60	1,57
Noruega .....	2,83	2,92	2,51	1,99	1,87	1,75	1,77	1,75	1,72	—
Portugal .....	3,07	3,07	2,75	2,58	2,58	2,48	2,28	2,17	—	—
España .....	2,78	2,90	2,83	2,80	2,79	2,66	2,52	2,31	2,16	1,99
Suecia .....	2,17	2,41	1,94	1,78	1,69	1,65	1,60	1,66	1,68	—
Suiza .....	2,44	2,61	2,09	1,60	1,54	1,52	1,49	1,50	1,53	1,53
Turquía .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido .....	2,69	2,86	2,44	1,82	1,75	1,70	1,77	1,88	1,92	1,87

Por si todo lo anterior no fuera suficiente, la creciente aceptación del aborto voluntario, técnicamente «Interrupción Voluntaria del Embarazo» o I.V.E en la legislación de los países europeos-occidentales, introduce otro elemento a tener en cuenta, aunque de momento su im-

portancia cuantitativa no sea muy grande. Los datos de la tabla 3.10 (que contrariamente a los anteriores se ofrecen en cifras absolutas, debido a que son cifras relativamente pequeñas) no dejan lugar a dudas respecto al crecimiento del aborto voluntario. Algunos países, como Suecia o Dinamarca, han multiplicado por diez el número de abortos entre 1969 y 1980. Los datos de este cuadro pueden ser útiles también para demostrar la poca fiabilidad de la cifra que se suele manejar para España. En efecto, es corriente citar la cifra de 300.000 abortos

TABLA 3.10  
*Abortos (interrupciones voluntarias del embarazo) legales*  
(En miles de casos)

	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Austria .....	18,9	18,7	15,6	26,4	25,4	23,4	23,6	23,0	23,4	—
Bélgica .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chipre .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dinamarca .....	3,9	5,2	9,4	27,9	26,8	25,7	23,7	23,2	23,3	23,0
Francia .....	—	—	—	35,4	134,2	150,9	150,4	156,8	171,3	—
R. F. de Alemania .....	—	—	—	—	—	54,3	73,5	82,8	87,7	87,5
Grecia .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islandia .....	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5
Irlanda .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia .....	—	—	—	—	—	—	—	187,8	220,3	—
Liechtenstein .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malta .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos .....	—	—	—	15,0	14,8	16,1	15,3	16,6	19,7	19,5
Noruega .....	—	3,5	7,9	15,1	14,8	15,5	14,8	14,5	13,5	13,8
Portugal .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
España .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suecia .....	2,8	6,2	16,1	32,5	32,4	31,5	31,9	34,7	34,9	33,0
Suiza .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Turquía .....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido .....	—	—	81,2	113,5	109,1	110,0	119,3	128,4	136,8	—

voluntarios anuales en España (o de españolas fuera de España). Lo exagerado de esta cifra se pone fácilmente de manifiesto cuando se tiene en cuenta que el total de nacimientos anualmente en España se encuentra próximo a 600.000. Francia, con una población mayor que la de España, y con el aborto legalizado hace bastantes años, sólo tuvo 171.300 abortos en 1980. Incluso Italia, con población superior a la de España y aborto legalizado muy recientemente, sólo llega a los 220.300 anuales. Por consiguiente, la cifra de abortos en España (o por españolas en el extranjero) no parece que pueda sobrepasar actualmente la cifra de los 100.000 anuales. Esta cifra no resta, sin embargo, importancia al problema.

## TIPOS DE SOCIEDADES.

Son varios, pues, los cambios importantes que se están produciendo en las estructuras familiares europeas, y que podrían resumirse, como tendencias, de la siguiente manera:

- 1) Disminución del número de matrimonios.
- 2) Aumento de las relaciones prematrimoniales y de la cohabitación.
- 3) Retraso en la edad al casarse.
- 4) Reducción de la ruptura de hogares a causa de la muerte de uno de los cónyuges, y, en todo caso, retraso en la ruptura de hogares por esta causa (debido a la disminución de la mortalidad).
- 5) Aumento de la ruptura de hogares a causa del divorcio (y de las separaciones y anulaciones matrimoniales).
- 6) Incremento de hogares de una sola persona (por aumento de los solteros emancipados, por ruptura de hogares a causa del divorcio o similar, y por ruptura de hogares a causa de la muerte de uno de los cónyuges —dada la creciente diferencia de esperanza de vida de las mujeres respecto a los varones, y la menor costumbre social de que los ancianos vivan con alguno de sus hijos/as—).
- 7) Incremento de hogares con un solo progenitor (padre o madre) por incremento de las rupturas por divorcio o similar.
- 8) Incremento, por consiguiente, del número de niños educados por un solo progenitor o por un padrastro o madrastra.
- 9) Aumento de la natalidad ilegítima (es decir, fuera de matrimonios legalmente constituidos).
- 10) Disminución de la natalidad global de cada país.
- 11) Reducción del número de hijos/as.
- 12) Retraso en la edad al tener hijos/as.
- 13) Reducción de la capacidad reproductora de la población por debajo del nivel de remplazamiento.
- 14) Incremento del número de abortos voluntarios que en algunos países representan un tercio del número de nacidos vivos.

Es evidente que estos hechos están provocando cambios muy fundamentales en la estructura y funciones de la familia europea occidental que aquí no han sido ni siquiera examinados (relaciones entre los cónyuges, relaciones padres-hijos, relaciones con otras familias).

Roussel y Festy proponen una tipología de las sociedades europeas de acuerdo con los cambios ya producidos en las dimensiones de la familia cuyos datos se han examinado aquí. Concretamente distinguen cuatro tipos que se resumen a continuación:

*Tipo I:* Las relaciones sexuales comienzan básicamente en el matrimonio. Las prácticas anticonceptivas son fundamentalmente naturales. El aborto es ilegal o muy condicionado y limitado. La edad al casarse, probablemente se está adelantando.

*Tipo II:* Aumentan las relaciones pre-matrimoniales, pero con intención de formalizarse en matrimonio. Se extiende el uso de anticonceptivos entre los/as jóvenes solteros. A pesar de ello aumenta el número de embarazos pre-matrimoniales, y el aborto comienza a ser una alternativa al matrimonio «forzoso». Se observa un incremento en el número de separaciones y divorcios.

*Tipo III:* La cohabitación comienza a ser una alternativa al matrimonio, pero la natalidad sigue fundamentalmente ligada al matrimonio. Se experimenta una utilización de métodos anticonceptivos cada vez más eficaces, y, en caso de fallo, recurso cada vez más frecuente al aborto voluntario. Se produce la legalización de métodos anticonceptivos y aborto. La procreación, de ser sólo consecuencia de la nupcialidad, comienza a convertirse en causa de la nupcialidad. Aumenta el retraso en la edad al casarse.

*Tipo IV:* Generalización de la cohabitación pre-matrimonial durante varios años. La natalidad ya no está necesariamente ligada al matrimonio, y, por tanto, se produce un incremento de la natalidad extramatrimonial (que ya no recibe la denominación de «ilegítima»). Se produce un aumento continuado de la divorcividad; extensión de la esterilización voluntaria; e indiferencia social hacia el estado civil de las parejas.

No sólo cada sociedad europea occidental se encuentra más próxima a alguno de estos tipos, sino que los diferentes grupos dentro de cada sociedad pueden estar próximos a diferentes tipos también.

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- BOURGOIS-PICHAT, J.: «The demographic transition in Europe», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- BREKEL, J. C. VAN DEN: «La politique démographique dans la région du Conseil de l'Europe: Quelles politiques adopter devant la faiblesse de la fécondité?», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- BREKEL, J. C. VAN DEN: «Population policies in the Member States of the Council of Europe, specially policies relating to fertility trends», en *C.D.D.E.* (Estrasburgo, 1981), mimeo.
- CAMPO URBANO, S. DEL: *El ciclo vital de la Familia Española*, (Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Madrid, 1980).
- CASTILLO CASTILLO, J.: «Los hijos de la Sociedad de Consumo Española», en *REIS*, núm. 17, (Madrid, enero-marzo 1982).
- COOPER, D.: *The Death of the Family* (Middlesex, Penguin, 1973).
- CHESNAIS, J. C.: «Fertility and the State», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- DÍEZ NICOLÁS, J.: «Survey of the country reports», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- DÍEZ NICOLÁS, J., y DE MIGUEL, J. M.: *Control de natalidad en España* (Barcelona, Fontanella, 1981).
- FESTY, P.: «La fécondité en Europe Meridionale et en Irlande: Analyses et perspectives», en *ED-FE*, 6 (80), (Estrasburgo, Council of Europe, 1981), mimeo.
- GOODE, W. J.: *World Revolution and Family Patterns* (Nueva York, Free Press, 1970).
- GORDON, M.: *The Nuclear Family in Crisis: The Search for an Alternative* (Nueva York, Harper and Row, 1972).
- HOFFMANN-NOWOTNY, M. J.: «Structural and cultural consequences of future European demographic development», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- KIRK, M.: *Demographic and Social Change in Europe 1975-2000* (Liverpool, Liverpool University Press, 1981).

- KIRK, M.: «La situation et les perspectives démographiques dans les Etats membres du Conseil de l'Europe», en *C.A.H.E.D.*, 30 (78) (Estrasburgo, Conseil de l'Europe, 1978), mimeo.
- KOOS, G. A.: «Evolution démographique et autres phénomènes sociaux en Europe», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- MIGUEL, JESÚS M. DE: *La amorosa dictadura* (Barcelona, Anagrama, 1984).
- MORSA, J.: «Constitution et dissolution des familles: Structures familiales», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- ROUSSEL, L., y FESTY, P.: «Recent trends in attitudes and behaviour affecting the family in Council of Europe Member States», en *Populations Studies*, 4 (1979).
- SIMONS, J.: «Fertility control in Europe», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, 1982), mimeo.
- STEERING COMMITTEE ON POPULATION: «Exchange of views on marriage, divorce, and remarriage», en *C.D.D.E.* (Estrasburgo, Council of Europe, 1982), mimeo.
- STEERING COMMITTEE ON POPULATION: «Recent demographic developments in the Member States of the Council of Europe», en *C.D.D.E.* (Estrasburgo, Council of Europe, 1982), mimeo.
- WATELAR, CH.: «General review of the demographic situation and trends in Europe», en *European Population Conference 1982* (Estrasburgo, Council of Europe, 1982), mimeo.

## CAPÍTULO 4

### POLÍTICAS DE POBLACIÓN EN EUROPA

Con ocasión de la *II Conferencia Europea sobre Población*, organizada por el Consejo de Europa, cada delegación nacional aportó su informe sobre las políticas de población seguidas en su país, en base a tres puntos concretos sugeridos por el propio Consejo de Europa: actitudes del gobierno sobre tendencias y perspectivas demográficas actuales, actitudes de la opinión pública sobre estas mismas cuestiones y objetivos demográficos del gobierno\*. De los 21 miembros del Consejo de Europa, sólo tres no enviaron su informe nacional (Chipre, Islandia y Liechtenstein), y de los restantes cabe decir que muestran un alto grado de variación con respecto a los temas de que se ocupan y con respecto a la generalidad o particularidad con la que se tratan los diferentes temas. (El caso más extremo fue el de Dinamarca, que manifestaba que ningún organismo oficial tenía responsabilidad alguna sobre las tendencias y perspectivas de la población). Sin embargo, el grado de homogeneidad es suficientemente grande como para que se puedan establecer algunas comparaciones que reflejan bastante adecuadamente las diferentes posturas gubernamentales y de opinión pública con respecto a los procesos demográficos más importantes en los Estados miembros del Consejo de Europa. Los países cuyos informes se han tomado como base para la elaboración de este estudio son: Austria,

---

\* El presente capítulo es una versión revisada de la ponencia presentada por el profesor Juan Diez Nicolás en la *Conferencia Europea sobre Población*, organizada por el Consejo de Europa (Estrasburgo, septiembre de 1982). La comunicación resumía y analizaba los informes presentados por cada delegación nacional sobre las políticas demográficas en sus respectivos países. El informe se discutió en el Pleno de la C.E.P. siendo aceptado (salvo dos cuestiones de detalle que sugirieron las delegaciones de Bélgica y Suiza y que han sido ya corregidas). Se adjuntan además unos cuadros-resumen con las tendencias demográficas principales.

Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, República Federal de Alemania, Suecia, Suiza y Turquía.

#### POLÍTICAS DE LOS GOBIERNOS.

La mayoría de los gobiernos afirman carecer de posición oficial con respecto a las actuales tendencias del crecimiento de población en sus respectivos países. Debe recordarse que la mayoría de los países miembros del Consejo de Europa tienen unas tasas de crecimiento muy bajas, inferiores al 1 por 100 anual como promedio, lo que implica duplicar su población cada 70 a 100 años. La proclamada carencia de posición oficial respecto al crecimiento debe interpretarse en el sentido de que no existen objetivos concretos que deseen alcanzarse por lo que respecta a su volumen de población, una tasa de crecimiento concreto, o unas determinadas tendencias en la natalidad. Con todo, muchos países que expresan esta toma de posición neutral o no-interviniente (basándose en que esas cuestiones son responsabilidad de los individuos, y que por tanto los gobiernos deberían evitar intervenir directamente sobre ellas) tienen sin embargo una participación activa con respecto a ciertos fenómenos demográficos, y muy específicamente intervienen directa y abiertamente en la regulación de los inmigrantes procedentes de otros países, lo cual constituye una política demográfica. Por consiguiente, y a pesar de estas proclamaciones de neutralidad, debería recalcar el hecho de que algunos países no son tan neutrales en ciertos procesos demográficos (como las migraciones internacionales, por ejemplo).

Algunos países señalan que disponen de declaraciones gubernamentales o parlamentarias sobre cuestiones demográficas, en las que se expresa la opinión oficial sobre estas cuestiones. No se tiene evidencia de que aquellos países que no han mencionado este tipo de declaraciones oficiales carezcan de ellas. Como ejemplo de estas declaraciones cabe referirse a las más recientes de Luxemburgo, Noruega y Turquía.

Otra característica común a la mayor parte de los informes es la declaración de que el gobierno carece de política demográfica concreta, aunque generalmente se añade que las políticas sociales y económicas, y en especial las políticas sobre la familia, suelen tener efectos indirectos (e incluso muy directos) sobre la política demográfica. Por consiguiente, las declaraciones gubernamentales sobre cuestiones demográficas tienden a ser bastante neutrales, aunque generalmente incluyan alguna referencia a las consecuencias de las tendencias de población sobre áreas específicas, como educación, vivienda, sanidad, y seguridad social. Debe señalarse, además, que en algunos países, como

Bélgica, la República Federal de Alemania y Suiza, las autoridades regionales pueden tener sus propias opiniones, a veces diferenciadas, sobre las tendencias y perspectivas demográficas.

Los informes gubernamentales ponen de manifiesto ciertas opiniones oficiales que se escapan entre las afirmaciones de neutralidad respecto a las principales tendencias demográficas. Así, por ejemplo, en Austria se consideran desfavorables ciertas tendencias en la distribución espacial de la población y muy concretamente la tendencia a la concentración de la población en ciertas áreas urbanas, con el consiguiente desdoblamiento de las áreas rurales. En Francia se considera excelente la recuperación en la tendencia de las tasas de natalidad (en la tabla 3.5 puede, efectivamente, comprobarse, que la tasa bruta de natalidad ha aumentado desde 13,8 por 1.000 en 1978, a 14,2 por 1.000 en 1979 y a 14,9 por 1.000 en 1981). Según el informe de la República Federal de Alemania, la actual alta densidad de población en su territorio lleva a que no se considere desfavorable una reducción limitada de la población. De igual forma, y en base a un informe técnico presentado ante la *Länder Ministers-Presidents Conference*, muchas de las actuaciones públicas estarán influidas, a medio plazo, por elementos no-demográficos, en lugar de por el desarrollo demográfico previsible.

En Grecia parece que el gobierno pretende reforzar las tendencias favorables y reorientar las desfavorables para fortalecer a la población a nivel nacional y regional. En una línea parecida, el informe de Luxemburgo señala que su gobierno ha estado preocupado desde hace muchos años por la desfavorable evolución de su situación demográfica. Por el contrario, el gobierno de Malta considera que las actuales tendencias de población, según las cuales la tasa neta de reproducción es igual a uno, son muy adecuadas. El informe de los Países Bajos es aún más concreto a este respecto. Se estima que una continuación del crecimiento demográfico tendría efectos negativos sobre el bienestar de la población, puesto que la presión de la población tiene un impacto importante sobre las condiciones ambientales, y por ello se considera deseable el frenar el crecimiento natural (vegetativo) de la población (véase la tabla 4.1 en página siguiente).

En cuanto a España, sus gobiernos han sopesado repetidamente actitudes desfavorables hacia el control de la natalidad y la planificación familiar, y se han mostrado abiertamente contra el aborto (interrupción voluntaria del embarazo). Sin embargo, a partir del restablecimiento de la Democracia en 1976, debe admitirse que los diferentes gobiernos centristas han practicado unas políticas progresivamente más tolerantes e incluso favorables hacia los productos anticonceptivos y la planificación familiar, promoviendo incluso centros de orientación familiar. El nuevo gobierno socialista establecido en 1982 ha mostrado

TABLA 4.1  
Evolución de las tasas de mortalidad  
(Por 1.000 habitantes)

Países miembros del Consejo de Europa	Tasas brutas de mortalidad (T.B.M.) por años									
	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	
Austria .....	12,7	13,0	13,4	12,8	12,7	12,3	12,6	12,3	12,3	
Bélgica .....	12,3	12,0	12,3	12,2	12,1	11,4	11,7	11,4	11,6	
Chipre .....	—	10,3	9,8	7,9	8,6	9,0	8,4	8,3	9,1	
Dinamarca .....	9,5	10,1	9,8	10,1	10,6	9,9	10,4	10,7	10,9	
España .....	8,6	8,6	8,4	8,4	8,3	8,1	8,1	7,8	7,7	
Francia .....	11,4	11,2	10,7	10,6	10,5	10,1	10,3	10,1	10,2	
Grecia .....	7,3	7,9	8,4	8,8	8,9	9,0	8,6	8,6	9,0	
Irlanda .....	11,5	11,5	11,4	10,4	10,6	10,3	10,2	9,7	9,7	
Islandia .....	6,6	6,7	7,1	6,5	6,1	6,4	6,4	6,6	6,7	
Italia .....	9,4	9,8	9,6	9,9	9,8	9,7	9,5	9,5	9,6	
Liechtenstein .....	7,4	8,1	7,6	7,5	7,4	6,1	6,4	6,7	6,7	
Luxemburgo .....	11,8	12,2	12,2	12,2	12,5	11,3	11,6	11,0	11,3	
Malta .....	8,7	9,5	9,4	9,6	9,7	9,3	10,5	9,4	10,1	
Noruega .....	9,1	9,5	10,0	10,0	10,0	9,8	10,0	10,2	10,1	
Países Bajos .....	7,6	8,0	8,4	8,3	8,3	7,9	8,2	8,0	8,1	
Portugal .....	10,6	10,4	10,3	10,4	10,5	9,9	9,8	9,4	9,9	
Reino Unido .....	11,5	11,6	11,8	11,9	12,2	11,7	11,9	12,1	11,8	
R. F. de Alemania .....	11,6	11,5	12,1	12,1	11,9	11,5	11,8	11,6	11,6	
Suecia .....	10,0	10,1	10,0	10,8	11,0	10,7	10,8	11,0	11,0	
Suiza .....	9,7	9,3	9,1	8,7	9,0	8,8	9,1	9,0	9,3	

Fuente: Council of Europe, *Recent Demographic Developments in the Member States of the Council of Europe 1982* (Estrasburgo, Council of Europe, 1982).

desde el principio una política aún más progresista en este campo, hasta el punto de plantear un proyecto de ley para despenalizar el aborto en tres situaciones concretas (y siempre a petición de la mujer): a) el riesgo de muerte de la mujer en el parto, b) el riesgo de subnormalidad en el niño/a, y c) cuando el embarazo se debe a violación. De manera similar, Turquía ha abandonado la política claramente pronatalista adoptada desde principios de 1960, y en su lugar ha adoptado una inequívoca política en favor de la planificación familiar desde 1965.

Pero el ámbito en el que se puede comprobar mejor la falta de coherencia entre las afirmaciones oficiales de no intervención en los procesos demográficos y las políticas reales es el de las migraciones. En efecto, varios países demuestran tener actitudes muy definidas a este respecto, y especialmente por lo que se refiere a la inmigración. Así, Austria acepta esencialmente las migraciones internacionales tal y como se producen en la actualidad. Pero en Bélgica se han adoptado medidas para mantener el volumen total de inmigrantes dentro de ciertos límites, aunque es cierto también que se procura favorecer la reunificación familiar. En esta misma línea se encuentran los Países

Bajos, cuyo gobierno ha considerado necesario restringir la inmigración, aunque la acepte cuando se trata de casos de reunificación familiar o por razones humanitarias. Y Suiza, cuyo gobierno, haciéndose eco de la opinión de sus ciudadanos, se muestra enormemente preocupado por el número de residentes extranjeros en su territorio y por su eventual crecimiento futuro, lo que le ha llevado también a establecer criterios más estrictos para aceptar inmigrantes.

Por el contrario, los países que tradicionalmente han sido de emigración, tienen actitudes distintas hacia este fenómeno. Así, en Irlanda se considera como algo favorable la reducción de la emigración involuntaria, es decir, la basada en razones económicas (pues, obviamente, ello significaría que habían mejorado las condiciones internas), pero lo cierto es que se continúa una política protectora de la emigración como aliviadero a la presión de la población sobre los recursos económicos del país. Portugal también se muestra muy preocupada por su emigración (pero se ve favorecida por ella).

En todo caso, los datos de la tabla 4.2 muestran claramente cómo algunos países tradicionalmente de inmigración (Bélgica, Francia, Suiza) han reducido drásticamente sus saldos migratorios positivos e incluso los han convertido en negativos, mientras que otros países que tradicionalmente tenían saldos migratorios negativos (España, Portugal, Irlanda, Italia), o bien han reducido esos saldos o incluso los han convertido en positivos. Lo cierto es que, por unas u otras razones (y todo parece indicar que por causa de medidas legislativas recientes en algunos países de inmigración), las corrientes migratorias entre los países europeos han disminuido durante los años setenta, y muy especialmente los flujos desde los países menos desarrollados del sur de Europa hacia los más desarrollados del centro y del norte. Pero, sea cual sea la actitud expresa de los gobiernos respecto de las políticas demográficas concretas, debe señalarse que la mayoría de ellos opinan que las parejas deben decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos/as, y, por consiguiente, que es responsabilidad de las autoridades el proporcionar información y servicios para que los individuos adopten sus decisiones sobre estas cuestiones de manera libre y responsable.

#### ACTITUDES DE LA POBLACIÓN.

Algunos países declararon disponer de resultados sobre actitudes de la opinión pública hacia cuestiones demográficas, procedentes de investigaciones públicas o privadas. Este es el caso de Austria, Bélgica, Francia, Italia, los Países Bajos, España y Turquía. La mayoría de los países, o bien carecen de investigaciones sobre cuestiones demográ-

TABLA 4.2  
Evolución del saldo migratorio  
(En miles de habitantes)

Países miembros del Consejo de Europa	Saldo migratorio neto (inmigrantes menos emigrantes) por años								Población en 1980
	1960	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	
Austria.....	- 2,3	- 26,1	- 13,3	- 11,0	- 5,6	- 1,7	- 4,0	- 6,1	7.500,2
Bélgica.....	+ 6,9	- 31,4	+ 24,9	+ 8,4	+ 4,8	- 2,7	+ 2,0	- 2,2	9.855,1
Chipre.....	...	- 0,9	- 14,2	- 6,9	- 4,6	- 2,2	- 1,3	+ 1,0	624,6
Dinamarca.....	+ 3,1	+ 11,6	- 8,7	+ 3,3	+ 5,8	+ 5,5	+ 5,5	+ 0,4	5.122,1
España.....	- 11,0	- 45,5	+ 14,2	+ 53,6	+ 67,1	+ 43,0	...	...	37.241,9
Francia.....	+ 140,0	+ 180,0	+ 25,0	...	...	...	...	...	53.588,0
Grecia.....	- 31,0	- 46,0	+ 59,0	+ 55,0	+ 22,0	+ 36,0	+ 12,0	+ 50,0	9.488,0
Irlanda.....	- 41,9	- 3,4	+ 17,2	+ 12,0	+ 7,3	+ 14,6	...	...	3.401,0
Islandia.....	- 0,3	- 1,5	- 0,4	- 1,2	- 1,0	- 0,9	- 0,5	- 0,6	226,9
Italia.....	- 93,8	- 47,3	+ 82,0	+ 57,7	+ 66,6	+ 48,2	+ 29,2	+ 42,6	56.999,0
Liechtenstein.....	...	+ 0,2	...	...	+ 0,3	+ 0,4	+ 0,3	...	26,0
Luxemburgo.....	+ 0,5	+ 1,1	+ 3,5	+ 1,1	+ 0,9	+ 0,5	+ 1,3	+ 1,3	363,7
Malta.....	- 4,0	+ 2,4	+ 0,4	+ 1,4	+ 1,0	+ 0,1	+ 1,0	+ 0,4	315,2
Noruega.....	- 5,1	- 1,0	+ 4,8	+ 4,9	+ 5,0	+ 4,0	+ 2,9	+ 4,1	4.078,9
Países Bajos.....	- 12,8	+ 33,4	+ 72,0	+ 21,4	+ 22,8	+ 28,1	+ 44,8	+ 53,0	14.091,0
Portugal.....	- 38,9	- 148,6	+ 333,0	- 19,3	- 10,7	- 24,5	- 24,2	- 21,1	9.862,7
Reino Unido.....	+ 87,0	- 83,7	- 55,7	- 23,8	- 43,1	+ 6,6	- 0,6	- 72,9	56.002,6
R. F. de Alemania.....	+ 336,0	+ 560,0	- 199,0	- 72,0	+ 33,0	+ 115,0	+ 246,0	+ 312,0	61.439,0
Suecia.....	+ 11,0	+ 49,0	+ 17,0	+ 20,0	+ 23,0	+ 14,0	+ 14,0	+ 10,0	8.303,0
Suiza.....	+ 22,4	- 6,0	- 64,8	- 52,7	- 22,8	- 8,1	+ 2,1	...	6.314,2

Fuente: Council of Europe, *Recent Demographic Developments in the Member States of the Council of Europe 1982* (Estrasburgo, Council of Europe, 1982).

ficas, o no las han mencionado en sus informes nacionales. Por consiguiente, la información sobre actitudes de la opinión pública tiene que proceder de otras fuentes, puesto que la mayor parte de los informes nacionales se refieren a ellos. Aunque también podría suceder que los comentarios que se refieren a la opinión pública sobre cuestiones demográficas reflejan, más bien, las actitudes de la población tal y como éstas son percibidas por aquellos que redactaron cada informe nacional. Esto no invalida la información, pero deberá tenerse en cuenta a la hora de interpretarla.

La mayor parte de los informes nacionales señalan la carencia general de opinión pública sobre cuestiones demográficas, así como la falta de información sobre la existencia de opinión pública con respecto a estas cuestiones. Pero, aun con estas limitaciones, las dos cuestiones a las que se hace referencia en los informes nacionales (por lo que respecta a la existencia de opinión pública sobre ellas) son el desarrollo demográfico general y las tendencias de la natalidad y la familia. Por lo que respecta a la primera cuestión, algunos informes nacionales parecen reflejar cierta satisfacción general, o al menos cierta falta de preocupación de la población, respecto a las actuales tendencias demográficas. Así, por ejemplo, el informe nacional de Austria señala que, desde la recuperación de la natalidad en 1979, el problema del desarrollo demográfico ha disminuido como tal problema ante la opinión pública. (Resulta dudoso, sin embargo, que la opinión pública haya podido percibir un cambio tan ligero como el experimentado por la tasa bruta de natalidad en Austria entre 1978 y 1980, de acuerdo con los datos de la tabla 4.1.) En efecto, la T.B.N. descendió desde casi 18 por 1.000 en 1960 y 1965 a 15,2 por 1.000 en 1970; 12,5 por 1.000 en 1975, manteniéndose por debajo de 12 por 1.000 hasta 1979, y sólo en 1980 vuelve a aumentar a 12,1 por 1.000. Mas bien parece que ese cambio de «preocupación» en la opinión pública sea una proyección del cambio de actitudes experimentado en los medios oficiales o incluso sólo en los redactores del informe.

En el informe nacional de Bélgica se afirma que la población se opone, en general, a cualquier cambio en el actual desarrollo demográfico, esto es, que se opone al aumento o reducción de la tasa actual de crecimiento, próxima a cero (véase la tabla 3.8). Pero otras informaciones son más abstractas en sus afirmaciones. Así, la de Grecia señala que la opinión pública parece estar de acuerdo con la actitud de su gobierno en el sentido de intentar reafirmar las tendencias favorables y reorientar las desfavorables para reforzar la población tanto a nivel regional como nacional. En Malta, se afirma, parece haber gran preocupación por parte de la población con respecto a las tendencias de la población (sic). Y también el informe de Suecia hace referencia a la existencia de cierta preocupación de su población por algunos problemas

demográficos, entre ellos el «desarrollo demográfico general». Más concreto es el informe del Reino Unido, en el que se dice que, aunque parece existir un alto interés público por los problemas de población, «no hay ninguna evidencia al respecto».

Sin embargo, algún país, como los Países Bajos, hace referencia a encuestas de opinión pública concretas. Así, en el informe de este país se afirma que la opinión pública considera que las cuestiones demográficas son ahora menos problemáticas que hace algunos años. Para respaldar esta afirmación se cita una encuesta de 1970 en la que el 65 por 100 de la población consideraba como indeseable cualquier incremento de la población. Desde entonces, según parece, esta preocupación de la opinión pública ha disminuido, hasta el punto de que, en 1978, otra encuesta ponía de manifiesto que el 49 por 100 consideraba aceptable la futura situación demográfica, un 30 por 100 temía la super-población, y sólo un 10 por 100 mostraba preocupación por la eventual reducción de la población. En 1980, una tercera encuesta preocupada por el continuado crecimiento de la población de los últimos años (que, según datos oficiales, se encontraba en todo caso por debajo de 1 por 100 anual).

Algunos otros países (como por ejemplo Italia, Luxemburgo, y Suecia) mencionan en sus informes el creciente interés que muestran los medios de comunicación por las cuestiones de población y por el desarrollo demográfico en concreto. También se refieren al aumento de debates públicos sobre cuestiones de población por parte de los partidos políticos, los sindicatos, los investigadores individuales y otras asociaciones.

Pero el segundo tema más citado en los informes nacionales es el de la natalidad y la familia. La natalidad es una cuestión que preocupa a la opinión pública en diversos países, aunque por diferentes razones; así, en algunos países, la preocupación se debe a que la natalidad no parece disminuir tanto como sería deseable, aunque en otros se debe a que ésta no aumenta. Así, de acuerdo con el informe de Austria, los medios de comunicación y algunos políticos están preocupados por la disminución de la natalidad; en 1977 el 45 por 100 de la población austríaca expresó su preocupación por las tendencias de la natalidad. En 1978, el 60 por 100 de las mujeres casadas consideraban la reducción de la natalidad como un factor negativo, un 70 por 100 consideraron deseable un crecimiento cero de su población, un 33 por 100 se mostraban favorables a la intervención del gobierno para aumentar el número de nacimientos, y sólo un 10 por 100 pensaban que los incentivos monetarios podrían inducir a las mujeres a tener más hijos.

Diversos datos de encuesta en Bélgica muestran que en Flandes la natalidad disminuye a causa de razones económicas, materiales y psico-

sociales, y que el 49 por 100 de la población mencionaba también el trabajo de la mujer como un factor explicativo. Sin embargo, en Bruselas y en Valonia se consideraba al trabajo de la mujer como el factor causal más importante en la disminución de la natalidad. Las opiniones difieren no sólo con respecto a la evolución demográfica, sino también con respecto a la política demográfica que debería adoptarse. Así, entre los franco-parlantes, el 48 por 100 creía que era fácil reducir los efectos desfavorables de la disminución de la natalidad y del envejecimiento de la población, el 24 por 100 creía que había que esforzarse por incrementar el número de nacimientos, y el 24 por 100 pensaba que lo mejor era no hacer nada. Finalmente, en Flandes, el 63 por 100 era favorable a lograr una población estacionaria (es decir, con crecimiento cero), mientras que el 16 por 100 prefería una población que creciese, y un 8 por 100 una población que disminuyese.

Algunas encuestas en los Países Bajos indican que la población está en general satisfecha con el matrimonio y la familia, aunque la infidelidad por parte del marido está aumentando en aceptabilidad social. La mitad de la población, aproximadamente, se muestra favorable al aborto gratuito, y fácilmente accesible, siempre que la mujer lo desee; asimismo se constata un incremento en la aceptabilidad social de no tener ningún hijo/a (voluntariamente), y las mujeres casadas aprueban ampliamente la planificación familiar. En la misma línea, la proporción de quienes no consideran necesario que el gobierno facilite más guarderías baratas para las mujeres que trabajan ha aumentado hasta casi un 50 por 100, y, por el contrario, la proporción de quienes creen que las mujeres son más capaces de criar a los niños/as ha disminuido al 59 por 100. Otros datos relevantes son que un 40 por 100 cree que las mujeres con hijos/as en edad escolar no deberían trabajar; y que un 65 por 100 opina que el trabajo de la mujer se hace difícil cuando los niños o niñas están todavía asistiendo a guarderías (véase la tabla 3.1).

En España, las encuestas más recientes indican que existe una tendencia hacia un tipo de familia nuclear y más igualitaria. La recientemente aprobada nueva legislación que autoriza el divorcio es mayoritariamente respaldada por la opinión pública. Alguna encuesta demuestra que, aunque la gran mayoría de las mujeres creen que todas las parejas que pueden tener hijos/as deberían tenerlos, más del 50 por 100 cree también que las parejas deberían decidir el número y espaciamiento de sus hijos (e hijas), y más del 75 por 100 han hablado de esos temas con sus maridos. Existe además un acuerdo muy generalizado en preferir como tamaño ideal de la familia el de dos a cuatro hijos. Con respecto a la planificación familiar, las mujeres desean que el gobierno proporcione más información dejando que las parejas decidan libre y responsablemente el tener o no tener descendencia (sólo una minoría estaría en contra de cualquier tipo de información o, por el

contrario, a favor de un control obligatorio de la natalidad). En cuanto al aborto (*interrupción voluntaria del embarazo*), la proporción que se muestra favorable a él, en ciertos casos ha crecido durante los últimos años, aunque todavía sea difícil determinar si la mayoría está a favor o en contra, ya que las encuestas más recientes son contradictorias al respecto.

Los informes de otros países son más breves en lo que respecta a señalar encuestas de opinión pública sobre aspectos que afectan a la natalidad. Sin embargo, en el de Noruega se cita el hecho de que la opinión pública parece más preocupada por el problema del envejecimiento de su población que por la reducción de la natalidad y de la nupcialidad (lo cual no es extraño cuando se comprueba que este país tiene una tasa bruta de natalidad tan baja como del 12,5 por 1.000; y en la tabla 4.3 se puede ver cómo nada menos que un 15 por 100 de su población tiene 65 o más años). En Suecia, las encuestas parecen poner de manifiesto cierto interés por conocer las razones del descenso de natalidad, y en el Reino Unido, como en tantos otros países, la opinión pública estima que las decisiones de las parejas respecto a su natalidad constituyen un problema estrictamente privado, y que el gobierno no debería ni siquiera intentar intervenir en él. Finalmente, alguna encuesta reciente realizada en Turquía demuestra que existen diferencias importantes entre el número de hijos e hijas que tienen las mujeres y el número que consideran ideal, y que existe una creciente aceptación de familias de tamaño pequeño y medio.

Aparte de los dos problemas más citados en relación con la opinión pública, el desarrollo demográfico en general y la natalidad y la familia, diversos informes nacionales mencionaron algún que otro tema que parece interesar a la opinión pública en sus países respectivos. Por ejemplo, el problema de las poblaciones residentes extranjeras ha sido mencionado especialmente por la República Federal de Alemania y por Suiza. Pero, mientras en el primero de los países mencionados la preocupación principal que muestran las encuestas se refiere al continuo crecimiento de las poblaciones inmigrantes extranjeras, en Suiza, cinco encuestas diferentes proporcionan abundante evidencia de que la población respalda a su gobierno respecto a la restrictiva política inmigratoria que está llevando a cabo. En sentido opuesto, las encuestas en Irlanda, Portugal y España, muestran la preocupación de la opinión pública en estos países respecto a la persistencia de situaciones que fuerzan a la emigración.

Sólo en algunos informes nacionales, entre ellos los de los Países Bajos y España, se señala la preocupación de la opinión pública por temas como la distribución espacial de la población, en el sentido de favorecer la restauración de los cascos urbanos y oponerse al crecimiento excesivo de las grandes ciudades y el éxodo urbano hacia la periferia.

TABLA 4.3  
 Distribución de la población por edades, circa 1980  
 (Porcentajes)

Países miembros del Consejo de Europa	Grupos de edad				Población Total
	0 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y más	
Austria.....	20,0	43,6	21,1	15,2	100
Bélgica.....	20,3	42,8	22,6	14,3	100
Chipre.....	24,6	48,6	16,9	9,9	100
Dinamarca.....	19,9	44,2	21,2	14,7	100
España.....	25,4	41,7	22,0	11,0	100
Francia.....	22,0	43,1	21,4	13,5	100
Grecia.....	22,8	40,9	23,1	13,2	100
Irlanda.....	30,6	41,0	17,7	10,7	100
Islandia.....	27,3	45,2	17,6	9,9	100
Italia.....	21,7	42,3	22,5	13,5	100
Liechtenstein.....	22,8	51,1	17,2	8,9	100
Luxemburgo.....	19,0	44,6	22,9	13,5	100
Malta.....	24,3	48,6	18,9	8,3	100
Noruega.....	21,9	41,8	21,3	15,0	100
Países Bajos.....	22,1	46,5	19,8	11,6	100
Portugal.....	26,1	43,0	20,5	10,4	100
Reino Unido.....	21,1	41,7	22,3	14,9	100
R. F. de Alemania.....	17,8	44,6	22,1	15,5	100
Suecia.....	19,1	42,1	22,3	16,6	100
Suiza.....	19,8	44,8	21,6	13,8	100
Turquía.....	37,5	44,8	13,2	4,5	100

Fuente: Council of Europe, *Recent Demographic Developments in the Member States of the Council of Europe 1982* (Estrasburgo, Council of Europe, 1982).

Aquí sólo citamos las referencias que los diversos informes nacionales hacen a los problemas que, en opinión de los redactores de los informes, preocupan a la opinión pública de sus respectivos países. Lo cual no implica desconocer que en todos los países citados hay más información procedente de diversos estudios y encuestas de opinión pública sobre los diversos problemas demográficos. Al no ser citados por los correspondientes informes nacionales, sólo cabe lamentarse de que hayan sido ignorados o, simplemente, omitidos.

#### PLANIFICACIÓN DEMOGRÁFICA.

Bajo este epígrafe «objetivos demográficos» la mayor parte de los informes nacionales mencionan no sólo los objetivos mismos (que es lo que se habría solicitado por los organizadores de la *Conferencia Europea sobre Población*), sino, casi con mayor frecuencia, las medidas políticas adoptadas por los respectivos gobiernos durante estos últimos

años. Por consiguiente, los dos temas son tratados separadamente pero uno después del otro.

Sólo unos cuantos informes nacionales hacen mención expresa de declaraciones gubernamentales o parlamentarias que incluyan objetivos demográficos. Éste sería el caso, por ejemplo, de la declaración del Canciller Federal de Austria en 1979, de la del Presidente de la República Francesa en 1981, del informe gubernamental al parlamento en los Países Bajos en 1979, y del último informe oficial en el Reino Unido en 1973. Es muy posible que otros países hayan silenciado u omitido declaraciones o estudios oficiales similares en sus informes a la *Conferencia*, pero, al faltar mención explícita a ellos, tampoco pueden ser citados en este resumen.

Por lo que respecta a objetivos demográficos estrictos, la mayoría de los informes nacionales afirman que no existen oficialmente objetivos o metas puramente demográficos, aunque algunos puedan estar implícitamente incluidos como parte de las políticas sociales y económicas. Sin embargo, la mayor parte de los países mencionan algún objetivo demográfico general, a pesar de que hubiesen declarado su inexistencia. En el informe de Austria, por ejemplo, se declara prioritario el derecho de todo ciudadano, y de toda pareja, a tener el número de hijos (e hijas) que desean y cuando lo desean. En consecuencia, se establece como objetivo para el Estado el proporcionar los servicios e instalaciones necesarios para la educación escolar, el asesoramiento sobre anticonceptivos y control de la natalidad (incluyendo la I.V.E.), así como subvenciones monetarias a los padres, a las madres solteras y a los hijos/as no emancipados.

Pero no todos los informes nacionales son tan precisos y concretos. Más bien suelen ser más abstractos, como el de Bélgica, en el que se reconoce que el desarrollo de una política social coherente tiene muchas repercusiones sobre la evolución demográfica del país. O la ya citada declaración del presidente de Francia, en la que se afirma que no existe un modelo familiar único, por lo cual el gobierno ha asignado una alta prioridad a los objetivos de lograr que las familias tengan el número de hijos/as que deseen tener, sin establecer objetivos específicos. En el mismo sentido se expresa el informe de la República Federal de Alemania, en que se establece que, siendo coherente con su definición como Estado liberal y social de derecho, que protege especialmente al matrimonio y la familia, se garantiza a todos los varones y mujeres la libertad de decidir el número y espaciamiento de los hijos e hijas que deseen tener, así como el derecho de todo ciudadano a vivir en condiciones adecuadas.

Un objetivo concreto del gobierno de Grecia parece ser el de frenar la actual tendencia de crecimiento natural decreciente de su población. En efecto, según se puede observar en las tablas 3.5 y 4.1, Grecia ha

pasado de un crecimiento vegetativo de 11,6 por 1.000 en 1960, a 8,1 por 1.000 en 1970 y 6,4 por 1.000 en 1980. Algunos otros objetivos específicos de este gobierno son: la reorientación más racional de las migraciones internas, la protección social de la familia, de la maternidad, y de la infancia, y el fomento de la natalidad. Planea más ayuda para las mujeres, a los servicios de maternidad, a la planificación familiar y a la crianza de los hijos e hijas, así como a la reducción de la mortalidad infantil y la eliminación de las diferencias regionales en mortalidad; la renovación ecológica, demográfica y productiva de todas las regiones, para evitar la emigración, y el retorno de los emigrantes residentes en otros países. Como se ve, es un programa de metas y objetivos bastante completo.

En el informe de Irlanda, por el contrario, no se establecen objetivos generales, excepto por lo que respecta a las migraciones internacionales e internas. Aparte de esto, cabe señalar que en 1979 se legalizó la provisión de servicios de planificación familiar, y la regulación y control de la venta, importación, producción, publicidad y exhibición de anticonceptivos. Los restantes países, apenas mencionan objetivos más o menos generales. Así, Italia no formula objetivos oficiales, aunque en estos últimos años se hayan aprobado ciertas leyes sobre la constitución y disolución de la familia (como, por ejemplo, sobre aborto y planificación familiar), como puede verse en la tabla 3.3. El gobierno de Luxemburgo ha establecido para los próximos veinte años un objetivo general: lograr un crecimiento muy pequeño o incluso un crecimiento cero. Lo mismo pretende Suiza, cuando se fija como objetivo el logro de una población estacionaria (por tanto, con crecimiento cero). En Noruega, por su parte, el principal objetivo parece ser el de lograr igualdad de oportunidades entre varones y mujeres, mejores condiciones de vida para las familias con hijos/as con ancianos/as, y condiciones medioambientales adecuadas para la infancia y los jóvenes. En cuanto a Turquía, finalmente, el informe nacional menciona como objetivos principales los de lograr una tasa de crecimiento demográfico que sea coherente con las exigencias del desarrollo social y económico, mejorar la eficacia de los servicios sanitarios, reducir la tasa de fecundidad total y la tasa de crecimiento de la población, y garantizar el derecho de todas las parejas a fijar el número y espaciamiento de sus hijos/as utilizando, si se considera necesario, medidas anticonceptivas.

Aparte de los citados objetivos demográficos de carácter general, algunos países también se refieren a objetivos específicos. Así, por ejemplo, y con respecto a natalidad y familia, Francia señala como necesaria la revisión de su política de ayuda familiar, proporcionando ayuda a las familias con uno y dos hijos/as, de forma que sea más fácil para ellas tener otro hijo/a y haciendo posible a las madres el trabajar y tener otro hijo/a simultáneamente. En el informe del Reino Unido,

aunque no se establecen objetivos cuantitativos con respecto al volumen total de la población o a su tasa de crecimiento, se señala la aspiración de reducir los niveles de mortalidad y de proporcionar a todos los individuos el conocimiento y los medios para controlar la natalidad. Otro importante objetivo es el desarrollo de servicios de planificación familiar y la provisión gratuita de esos medios.

Pero posiblemente sea Austria el único país que, en su informe nacional, se refiere a los principales objetivos demográficos de los partidos políticos. En este sentido, se hace referencia a la gran preocupación de los partidos conservadores por las tendencias demográficas, considerando que las actuales bajas tasas de fecundidad reflejan la insatisfacción de la población con la actual situación política y social. Estos partidos serían favorables a un incremento de la ayuda a las familias y a las madres, especialmente económica. Por el contrario, los socialistas proclaman que el gobierno debería abstenerse de seguir ninguna política demográfica concreta. Existe, además, un consenso relativamente amplio de todos los partidos en cuanto a aspirar a una tasa cero en el crecimiento de la población, pero, mientras los conservadores son más favorables a la utilización de incentivos, los socialistas se muestran más reticentes a influir sobre el individuo, y dudan de la eficacia de los incentivos.

Como ya se ha indicado anteriormente, la mayoría de los informes mencionados se refieren con mucho más detalle a las políticas seguidas y a las medidas adoptadas en estos últimos años que a los objetivos mismos. En general, estas políticas y medidas pueden agruparse alrededor de cuatro temas principales: natalidad y familia, migraciones, distribución espacial, y sanidad. En lo que se refiere a *natalidad y familia*, la mayor parte de las políticas tienden a proteger la libertad de las parejas para tener o no tener hijos/as y a prestar ayudas de diferente naturaleza a las parejas que tienen hijos/as. Así, en Bélgica, la política ha consistido en eliminar obstáculos para aquellos que quieren tener hijos/as, promoviendo medidas que incluso tienden a favorecer el tenerlos; pero, al mismo tiempo se ha seguido una política de favorecer la información adecuada para que las parejas puedan tomar sus decisiones respecto al tamaño de familia que desean.

Francia parece haber sido el país que menciona mayor número de medidas adoptadas durante estos últimos años. Así, entre 1974 y 1981, se ha llevado a cabo una revalorización regular de las asignaciones familiares y se han establecido muchas nuevas formas de ayuda familiar como las asignaciones familiares al comienzo de cada año escolar, la generalización de préstamos a parejas jóvenes, el establecimiento de ayudas post-parto, el incremento en las asignaciones para gastos de guardería, el incremento de asignaciones a huérfanos manifiestamente abandonados, la orientación y asistencia a minusválidos, asignación al

padre (madre) que vive solo con hijos/as, permisos especiales por adopción, ayuda individualizada para vivienda, establecimiento de una ayuda familiar complementaria, ayuda familiar por parto múltiple, incremento del límite de edad para ayuda familiar, ayuda a las familias «grandes», incremento en los beneficios post-parto, establecimiento de una renta mínima para familias con tres hijos/as, estatuto de la madre, etc. Durante el período 1981-1982, ha habido además una revalorización privilegiada de las asignaciones familiares y de las asignaciones para vivienda. La República Federal de Alemania ha seguido una política de oponerse a cualquier medida que intente influir sobre las decisiones relativas al número y espaciamiento de los hijos/as, que corresponden sólo a los padres. La política se basa en el supuesto de que los objetivos de política familiar se deben basar exclusivamente en los intereses y necesidades familiares, y no en criterios de política demográfica.

Grecia ha realizado asimismo grandes esfuerzos para reforzar las instituciones que se ocupan de la protección de los recién nacidos, de los niños/as, y de los jóvenes. Además, la política familiar ha incluido la ayuda a la familia, las exenciones y reducciones de impuestos, las asignaciones para vivienda, los servicios de planificación familiar (incluido el aborto), la reducción del servicio militar obligatorio, etcétera. Luxemburgo menciona cierto número de medidas tomadas en relación con la maternidad, natalidad, infancia, asignaciones familiares, etc. En Malta no existe un plan específico de población, pero la política demográfica se inspira en el Plan de Acción de las Naciones Unidas, tal y como se reconoce en el Plan de Desarrollo de 1981-1985. El objetivo es mantener una baja tasa de natalidad, pero no se ha establecido ningún objetivo cuantitativo específico. Se prevén programas de planificación familiar, siendo el Ministerio de Salud el encargado de distribuir la información. Existen varios programas de ayuda social y económica a las familias, y desde 1974 se han establecido asignaciones familiares en escala decreciente de acuerdo con el número de hijos/as (se concede más ayuda por el primer hijo/a que por el tercero).

Los Países Bajos no han tomado medidas con el propósito explícito de influir sobre la natalidad o sobre la constitución de familias. La política familiar no constituye una parte de la política demográfica en sentido estricto. El gobierno sólo aspira a crear las condiciones que permitan a los individuos adoptar decisiones de manera libre y responsable. Suiza tampoco ha adoptado medidas basadas solamente en consideraciones demográficas, sino que, por el contrario, sólo se han adoptado algunas medidas basadas en las necesidades familiares como parte de una política social. Una característica peculiar de este país es que la política familiar corresponde a la Confederación, a los cantones y a las comunas. La Constitución establece que las necesidades familiares

deben tomarse en consideración, y, por consiguiente, se han adoptado algunos estímulos, como las asignaciones familiares y las exenciones de impuestos.

La política familiar en España ha sido oficialmente pro-natalista, aunque más en teoría que en la práctica. Por otra parte, no existe ningún plan explícito que establezca cuáles son las tendencias demográficas que pudieran ser más convenientes para la nación. Sin embargo, en estos últimos años se han adoptado medidas importantes que afectan a la familia, como la legislación que acepta el divorcio, la aprobación de un plan para establecer una red nacional de centros de orientación familiar, y la propuesta para la aceptación de la I.V.E. en determinadas condiciones (ya mencionadas antes). Finalmente, las medidas más recientes en Suecia se refieren a los permisos para faltar al trabajo a causa de enfermedades de los hijos/as y a causa de parto, y las ayudas monetarias para hijos/as, por vivienda, etc.

El segundo grupo de medidas y políticas se refiere, como ya se ha indicado anteriormente, a *las migraciones*, sean éstas internas o externas, o referidas específicamente a la política a seguir respecto a inmigrantes o emigrantes. En general, los países que reciben inmigrantes están desarrollando políticas restrictivas, como resultado, entre otros factores, de la crisis económica. Por el contrario, los países que tradicionalmente han sido de emigración, han sentido la necesidad de poner en práctica medidas para ayudar a los emigrantes, y, más recientemente, para ayudar de manera especial a los emigrantes que retornan al país. Por lo que respecta a las migraciones internas, varios países han establecido políticas que contrarrestan los movimientos espontáneos de la población y que ayudan a alcanzar un mayor equilibrio en la distribución de la población por todo el territorio.

Austria, por ejemplo, cree que, aunque el empleo de mano de obra extranjera puede tener ventajas y desventajas, las últimas predominan cuando la proporción de trabajadores extranjeros es superior al 10 por 100 del empleo total; al llegar a ese punto, las actitudes de la población comienzan a ser negativas. Su política respecto a los inmigrantes se ha basado en tres principios: la protección de los trabajadores austriacos, la protección adecuada a los trabajadores extranjeros en relación con su trabajo en Austria, y la satisfacción de las demandas laborales de los empresarios al mismo tiempo que se garantizan el bienestar público y los intereses económicos nacionales.

En Bélgica se ha continuado con el sistema de cuotas establecido antes de la guerra y mantenido hasta los primeros años de la década de los sesenta. Durante el período 1963-1967 se realizó un gran esfuerzo para regularizar la situación de los trabajadores extranjeros con permiso de trabajo, pero desde 1967 comenzó a desarrollarse un mercado de trabajo marginal, basado en trabajadores clandestinos. Por consi-

guiente, en estos últimos se han realizado esfuerzos para reducir la inmigración, pero no se han tomado medidas para favorecer la emigración de retorno a los países de origen. Por el contrario, se han reforzado las medidas para regularizar la situación de los trabajadores clandestinos y para eliminar la inmigración ilegal. Francia ha intentado estabilizar su población inmigrante, regularizando los flujos migratorios y ofreciendo nuevas formas de cooperación bilateral con los países de emigración.

En la República Federal de Alemania el objetivo más importante ha sido la integración social de los trabajadores extranjeros, a cuyo fin se han realizado esfuerzos para reducir la inmigración y favorecer la emigración. (Aunque el informe nacional no lo menciona, debe señalarse sin embargo que este país es el que, durante estos últimos años, ha adoptado medidas legislativas más duras para los inmigrantes, no sólo para restringir la inmigración, sino incluso para dificultar la reunificación familiar y para favorecer la emigración de retorno.) También los Países Bajos aceptan haber estado aplicando, recientemente, una política más restrictiva hacia los inmigrantes, aunque no han tratado de impedir la reunificación familiar. De manera similar ha actuado Noruega, que aunque está abierta a los inmigrantes procedentes de países nórdicos, ha restringido mucho la inmigración procedente de otros países, pero sin impedir la reunificación familiar. Y Suecia, país en que estas cuestiones no habían constituido problema hasta comienzos de la década de los sesenta (aunque sí se han convertido en cuestiones de debate público desde entonces), basa su política inmigratoria en la igualdad, la libertad de elección y la integración cultural, regulándola a través de diferentes medidas legislativas (salvo para los procedentes de otros países nórdicos). En el Reino Unido, el gobierno tiene poderes para controlar y regular la inmigración, de forma que se garantice la estabilidad económica y la armonía social. Sólo Luxemburgo, en contraposición a los países anteriormente citados, afirma haber favorecido la inmigración en estos últimos años (posiblemente porque su tasa de crecimiento es cero).

Pero el problema de la emigración no lo es sólo para los países receptores, sino también para los países de emigración. Este es el caso, concretamente, de Grecia, Irlanda, Italia, Malta, Portugal, España y Turquía, todos ellos (a excepción de Irlanda), países mediterráneos, que constituyen la región meridional de Europa. Los países de emigración tienen un doble problema, el de proteger a sus emigrantes en los países de destino, y el atender a los problemas que en el propio país de origen crea su marcha (especialmente las familias que quedan atrás). Más recientemente ha surgido un tercer problema a causa del impacto social que origina, por su magnitud, la reincorporación y reinserción social de los emigrantes retornados, sobre todo en una situación como

la actual, caracterizada por unas tasas de paro sin precedentes próximos. Todos los países anteriormente citados muestran su preocupación por resolver las causas que originan la emigración, todos ellos intentan proteger a sus emigrantes y a las familias que quedan atrás. Todos ellos se esfuerzan por asegurar la reunificación familiar en los países de destino a través de tratados bilaterales. Y todos ellos han procurado adoptar medidas que facilitan la reintegración social de los retornados, especialmente por lo que respecta a proporcionarles empleo y vivienda, aunque con resultados distintos.

En cuanto a las migraciones interiores (rural-urbanas especialmente), muchos países mencionan haber tomado medidas para lograr una distribución más equilibrada de la población en su territorio, tanto entre regiones como entre las zonas rural y urbana. Austria, por ejemplo, aprobó en 1981 su Estrategia de Política Regional, cuyos principales objetivos eran reducir los viajes diarios a larga distancia por motivos de trabajo, eliminar la emigración debida a falta de empleo, y evitar las grandes concentraciones de población. Suecia también ha realizado grandes esfuerzos por alcanzar un mejor equilibrio durante la década de los sesenta, que al parecer han producido algunos resultados positivos durante la década de los setenta. Las actuales directrices sobre política regional fueron establecidas por el parlamento en 1979, y el gobierno presentó un proyecto de ley en 1982. En general, el sector público ha adquirido gran importancia en la definición de la política regional (como ocurre también en otros países, como Italia, en donde la política regional está muy influida por los grandes proyectos públicos de infraestructura).

Algunos países mencionan también, aunque brevemente, un último sector de política demográfica, el de la *salud*. Aunque algunas de estas cuestiones ya han sido mencionadas, algunos informes nacionales hacen referencias muy concretas a la política sanitaria. Así, Bélgica menciona los numerosos servicios sanitarios y psico-sociales que se proporcionan a la población, entre los que parecen tener prioridad los aspectos preventivos y curativos con relación a los jóvenes, y también a los ancianos. Pero un hecho muy importante es el establecimiento, en este país, de un sistema de información sanitaria, así como la adaptación del programa de política sanitaria a los nuevos objetivos fijados por la O.M.S. en 1978 (y que se analiza con más detalle en el capítulo 6).

Puede concluirse, para resumir, que la mayoría de los gobiernos del Consejo de Europa carecen de una *política demográfica* claramente establecida, y por consiguiente resulta bastante difícil descubrir cuáles son las actitudes oficiales respecto a las tendencias y acontecimientos demográficos o bien cualquiera de los componentes del crecimiento de la población. Sin embargo, puede afirmarse que todos los gobiernos

quieren reducir su mortalidad. Pero no existe el mismo tipo de coincidencia respecto a la natalidad; mientras algunos países, con bajas tasas de natalidad, desearían que éstas aumentasen, otros con tasas de natalidad más altas están haciendo esfuerzos para lograr que disminuyan. Lo mismo puede afirmarse respecto al crecimiento natural de la población. En cuanto a las migraciones, las actitudes de los gobiernos también difieren bastante; mientras que los países receptores están tratando de reducir la inmigración, endureciendo la legislación correspondiente para su aceptación, dificultando el reagrupamiento familiar e incluso favoreciendo la emigración de retorno, los países emisores adoptan políticas de protección económica y social para sus emigrantes y sus familias, incluyendo su reinserción social al retorno. La mayoría de los informes nacionales, sin embargo, coinciden en aceptar que las decisiones individuales sobre procesos demográficos (especialmente las que se refieren a natalidad y nupcialidad) deben adoptarse libre y responsablemente por los propios individuos, y que el gobierno no sólo no debe interferir en las decisiones, sino que debe facilitar el que puedan tomarse libre y responsablemente.

Con respecto a las *actitudes de la opinión pública*, sólo algunos informes nacionales se refieren a datos procedentes de encuestas. La actitud más frecuente parece ser la de una menor preocupación por las tendencias demográficas que hace sólo unos años. Sin embargo, en algunos países, la población parece estar muy preocupada por el crecimiento de los trabajadores extranjeros.

En cuanto a los *objetivos demográficos*, se ha indicado que la mayoría de los gobiernos o bien carecen de tales objetivos, o señalan objetivos muy generales y ambiguos. Sin embargo, los informes nacionales suelen ser más explícitos respecto a las políticas que se han seguido (o las medidas adoptadas) durante los últimos años, especialmente con respecto a la natalidad y la familia, las migraciones, la distribución espacial de la población, o la salud.



## CAPÍTULO 5

### AYUDA INTERNACIONAL PARA POLÍTICAS DEMOGRÁFICAS

La contribución de Europa a la Cooperación Internacional se debe considerar dentro del marco más amplio del orden social y económico internacional en su conjunto, especialmente a causa de los grandes cambios que han sucedido durante la última década. Estamos ahora a menos de veinte años del año 2000. Aproximadamente el mismo período de tiempo que nos separa de 1960. Los cambios que se han producido durante los últimos veinte años, probablemente sean insignificantes cuando los comparemos con los que pueden ocurrir durante las próximas dos décadas.

La década de los setenta fue una década de optimismo generalizado, de fe en la capacidad de la humanidad para resolver los problemas y para alcanzar libertad y prosperidad, justicia y bienestar, para todos los seres humanos. La década comenzó con el lanzamiento de los primeros satélites construidos por el ser humano y terminó con la llegada del hombre a la Luna. Los resultados espectaculares del desarrollo económico en los países occidentales sólo dos décadas después de la segunda guerra mundial, y especialmente en la reconstrucción de los dos grandes poderes derrotados, Alemania y Japón, llevaron a muchos a creer que era posible que todos los países alcanzasen el desarrollo fácilmente en un corto período de tiempo. Todos recordamos las teorías de Rostow sobre las cinco etapas del desarrollo económico, los conceptos de tecnoestructura y sociedad opulenta de Galbraith, el gran ascenso de Heilbroner, y el redescubrimiento de los escritos de Schumpeter de los años treinta y cuarenta. Había una opinión firme y extendida que aceptaba el desarrollo como algo irreversible en aquellos países que ya lo habían alcanzado, y como alcanzable a corto o medio plazo en aquellos países que todavía no lo habían concebido.

El optimismo de los años sesenta se basaba en dos supuestos fundamentales: desarrollo tecnológico ininterrumpido y desarrollo económico creciente. Si el marxismo aspiraba a la utopía de una sociedad sin clases, el capitalismo aspiraba a la también utópica sociedad de consumo de masas. Casi todo el mundo estaba felizmente inmerso en la creencia tradicional en el progreso ilimitado, lineal y creciente, que ha sido tan frecuente en el pensamiento político y sociológico occidental.

#### LA NUEVA SITUACIÓN MUNDIAL.

Como resultado, se produjo una avalancha de libros y artículos sobre el futuro, especialmente sobre el año 2000, que eran bastante optimistas sobre el futuro de la humanidad, en su conjunto. La mayoría de éstos predecían, en mayor o menor grado, los siguientes resultados: a) Desarrollo económico en todos los países, con una tasa de crecimiento más rápida en los países en vías de desarrollo, de forma que las diferencias entre países desarrollados y países en desarrollo tendería a disminuir. b) Reducción de las diferencias intra-nacionales entre los diferentes grupos sociales (por ejemplo, entre grupos raciales, étnicos, religiosos, entre sexos, regiones, estratos o clases sociales). c) Una mayor atención a los aspectos cualitativos (como opuestos a los cuantitativos) del desarrollo, y especialmente a las consecuencias no esperadas y no deseadas del desarrollo económico.

El libro de Kahn y Wiener, *El año 2000*, sería un buen ejemplo de esa literatura, como lo sería también el que Bell dedica a «la sociedad post-industrial»<sup>1</sup>. Ambos, y muchos otros ejemplos, estaban llenos de optimismo hacia el futuro, basados en la extrapolación acrítica de algunas tendencias sociales y económicas. A finales de los sesenta y comienzo de los setenta, sin embargo, un enfoque más crítico sobre las posibilidades del desarrollo económico en todo el mundo llevó a una actitud crecientemente pesimista respecto al futuro. En primer lugar, había cierta preocupación sobre el medio ambiente y su degradación como consecuencia del crecimiento económico. Pero, inmediatamente después, existía la preocupación sobre las dificultades que encontrarían para su industrialización los países en vías de desarrollo. Y por último, una preocupación sobre las dificultades que podrían producirse incluso para los países desarrollados, hasta el punto de que podía ser prevista una cierta degradación del nivel de vida de esas sociedades.

El manifiesto para la supervivencia de Goldsmith, el libro general de Ehrlich sobre población, recursos y medio ambiente, el informe

---

<sup>1</sup> M. Kahn y J. Wiener, *L'An 2000* (París, Laffont, 1967). Véase también Daniel Bell, *The Cultural Contradictions of Capitalism* (Londres, Heinemann, 1976).

sobre el ecoespasmo de Toffler, y muchos otros escritos, no son sino algunos ejemplos del cambio que se produjo desde el optimismo al pesimismo. La contribución más famosa fue la de Meadows con su informe al *Club de Roma* sobre los límites al crecimiento, sólo unos pocos meses antes de la primera crisis del petróleo en el otoño de 1973 <sup>2</sup>. Aparte de algunas buenas críticas hacia los detalles de ese informe, como las elaboradas por Cole y otros en Sussex, la mayoría de los escritos desde esa fecha aceptan la tesis principal de que el futuro de la humanidad no parece tan brillante como solía considerarse durante los años sesenta, sino, más bien, bastante oscuro a menos que se tomen acciones inmediatas. La crisis económica que ha caracterizado a los países más desarrollados desde 1973, se manifiesta en dos problemas principales: desempleo e inflación. Pero, como era de esperar, la crisis de los países más desarrollados ha tenido también repercusiones sobre los países en vías de desarrollo, hasta el punto de que ahora se acepta generalmente que: a) las discrepancias internacionales entre países aumentarán; b) las discrepancias intranacionales entre regiones y grupos sociales también tenderán a aumentar, y c) las tasas de crecimiento económico serán muy bajas, y en muchos casos incluso negativas.

Es en este marco de referencia más realista en el que se deben considerar las relaciones entre población y desarrollo, y las relaciones entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. La creciente demanda para que se establezca un *nuevo orden económico internacional* no es una cuestión aislada. Está relacionada, por una parte, con una cuestión política, el nacimiento del movimiento de los países no alineados. Por otra parte, está relacionada con un nuevo concepto de la cooperación internacional, basada en una organización mayor y mejor de los países menos desarrollados, como se demuestra en los encuentros internacionales y en las acciones de los organismos internacionales.

Con respecto a la primera cuestión (el movimiento de los no alineados) se debe recordar que a la primera conferencia de jefes de Estado, celebrada en Belgrado en 1961, asistieron 25 Estados miembros. A la segunda conferencia, celebrada en El Cairo en 1964, asistieron 47; y a la tercera, en Lusaka, asistieron 53 Estados miembros. Pero el mayor crecimiento del movimiento se produjo a partir de esa fecha. En sólo tres años el movimiento creció en un 50 por 100. De hecho, a la cuarta conferencia, celebrada en Argel en 1973, asistieron 75 Estados miembros, y a la quinta, en Colombo (1976), asistieron 86. A la celebrada en La Habana en 1979, asistieron 92 Estados miembros, además de 12 observadores y 8 invitados.

Con respecto a la segunda cuestión, una mayor participación colec-

---

<sup>2</sup> D. M. Meadows, et al., *Los límites del crecimiento* (México: Fondo de Cultura Económica, 1972.)

tiva de los países en desarrollo en los encuentros internacionales, debería prestar especial atención a las conferencias patrocinadas por las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968), Medio Ambiente (Estocolmo, 1972), Alimentación Mundial (Roma, 1974), Población Mundial (Bucarest, 1974), Asentamientos Humanos (Vancouver, 1976), Población y Futuro Urbano (Roma, 1980) y Tercera Edad (Viena, 1982), por mencionar sólo unas cuantas. El papel de los países en desarrollo ha crecido de manera continua en esas conferencias internacionales, de forma que su voz tiene un peso cada vez mayor sobre las decisiones que se toman en los organismos internacionales. Hay que destacar las actividades del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (U.N.F.P.A.), establecido en 1969, que ha tenido una gran importancia como instrumento para realizar la cooperación y la ayuda internacional en el amplio campo de la población. La U.N.F.P.A., en cooperación con la Unión Interparlamentaria, patrocinó un encuentro internacional sobre población y desarrollo en Colombo en 1979, al que se hará una referencia más detallada posteriormente.

La mayoría de los informes sobre la situación actual del mundo, incluyendo el famoso *Global 2000*, señalan tres problemas principales que tienen la máxima importancia no sólo para el desarrollo económico y social, sino incluso para la paz mundial. Estos tres problemas son: *a*) altas tasas de crecimiento de la población; *b*) la disminución global de los recursos, y *c*) la degradación creciente del medio ambiente, tanto natural como sociocultural. Las estimaciones de la población mundial alrededor de 1980 eran de unos 4.400 millones, de los cuales 1.800 millones vivían en centros urbanos y 2.600 millones en áreas rurales. La distribución entre países desarrollados (*developed*) y países en vías de desarrollo (*developing*) era de 1.200 millones y 3.200 millones respectivamente. La tasa mundial de crecimiento de la población durante la última década ha sido de tal magnitud que sería suficiente para duplicarla en solamente 36 ó 37 años. La tasa actual de crecimiento, todavía próxima al 2 por 100 por año, es muy alta, y las perspectivas para las próximas dos décadas son sólo ligeramente inferiores. Más importante parece ser el hecho de que la tasa de crecimiento de la población urbana mundial es todavía mayor; tres veces más que la de las áreas rurales. Por otra parte, mientras que los países desarrollados tienen una tasa muy baja de crecimiento, incluso próxima a cero, los países en desarrollo tienen una tasa de crecimiento entre el 2,5 y el 3,5 por 100 anual.

De acuerdo con informes fiables la población mundial esperada en el año 2000 será de 6.200 millones, es decir, casi un 50 por 100 más

que la población actual. El incremento neto de población será aproximadamente de 2.000 millones, que era la población total del mundo en 1930. En el año 2000, por primera vez en la historia de la humanidad, más de la mitad de la población del mundo estará viviendo en áreas urbanas, y la población de los países en vías de desarrollo se aproximará a los 5.000 millones, es decir, más que la población total del mundo en 1980<sup>3</sup>.

Pero el problema de la población, por muy importante que sea, es sólo uno de los tres problemas mencionados anteriormente. De acuerdo con el informe de las Naciones Unidas sobre la situación social del mundo en 1978, las condiciones de vida en las diferentes regiones del mundo, alrededor de 1978, presentan tantos contrastes como al comienzo de la década de los setenta<sup>4</sup>. Las diferencias no solamente se han mantenido, sino que incluso han aumentado con respecto a muchos indicadores, hasta el punto de que se estima que alrededor del 40 por 100 de la población activa en los países en desarrollo está desempleada o subempleada.

Las principales conclusiones del informe se pueden resumir de la manera siguiente: a) La población continúa creciendo a un ritmo muy alto, especialmente en los países en desarrollo, constituyendo así un obstáculo importante al desarrollo mismo y a la reducción de diferencias entre países. b) La población tiende a concentrarse en ciudades, aumentando así la demanda de equipamiento y servicios urbanos, y acumulando gran número de desempleados, jóvenes, que constituyen una base para movimientos sociales radicales y conflictivos en potencia, así como para comportamientos marginales como delincuencia y adicción a drogas. c) La población activa ha aumentado, pero también lo ha hecho el desempleo y el subempleo, especialmente en los países en desarrollo, y entre las mujeres y los más jóvenes. d) Gran número de personas, especialmente en los países en vías de desarrollo, no sólo carecen de puestos de trabajo, sino que, como consecuencia de ello, carecen de acceso a los bienes de consumo, a los servicios públicos, y por consiguiente se puede decir que viven en pobreza. e) El producto interior bruto per cápita en 1975 era aproximadamente treinta veces más alto en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo. De manera similar, el consumo privado per cápita era aproximadamente veinticinco veces más grande en los países más desarrollados. f) Las diferencias de renta entre los grupos sociales dentro de cada país continúan siendo mayores en los países en vías de desarrollo, y son también mayores en las áreas urbanas que en las áreas rurales. g) La

<sup>3</sup> Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, *La población y el futuro urbano* (Roma, Naciones Unidas, 1980), mimeo.

<sup>4</sup> Naciones Unidas, *Informe sobre la situación social del mundo* (Nueva York, Naciones Unidas, 1979).

mayoría de los países han hecho grandes esfuerzos para aumentar sus prestaciones o servicios sociales, especialmente con respecto a educación, sanidad, medio ambiente, vivienda, etc. Sin embargo, el aumento en las expectativas de la población ha sido tan importante, y el crecimiento de la población tan alto, que esos incrementos en servicios sociales han sido, en la mayoría de los casos, insuficientes, y, en muchos casos, tan insuficientes que realmente han significado una reducción cuantitativa y/o cualitativa en esos servicios. h) A pesar de las muchas y frecuentes referencias a la necesidad de lograr un desarme mundial, los actuales gastos en armamento, en todo el mundo, ascienden aproximadamente a 250.000 millones de dólares, equivalentes a las dos terceras partes del producto nacional bruto de los países que constituyen la mitad más pobre del total de la población mundial.

Otro informe muy conocido, el informe *Global 2000* preparado para el presidente de los Estados Unidos, señala que «si las actuales tendencias continúan, el mundo en el año 2000 estará más poblado, más contaminado, y ecológicamente será menos estable y más vulnerable a los conflictos que el mundo en el que ahora vivimos. Pueden preverse tensiones importantes que afectarán a la población, a los recursos y al medio ambiente. Aunque la producción material aumentará, los habitantes de este planeta serán, en muchos aspectos, más pobres de lo que son hoy»<sup>5</sup>.

El informe *Interfuturos* de la O.C.D.E.<sup>6</sup> tampoco es más optimista. Cuatro de los seis escenarios mundiales que se contemplan en el informe comparten la hipótesis de un aumento en los conflictos sociales entre grupos sociales. Otros estudios como el de Heilbroner *Investigación sobre el futuro del hombre*<sup>7</sup>, o *Los límites sociales al crecimiento* de Hirsch<sup>8</sup>, insisten sobre las consecuencias sociales potenciales de la crisis actual, que eventualmente puede conducir a gobiernos más autoritarios y menos democráticos.

Es natural que los cambios que han ocurrido desde los años sesenta hasta los setenta puedan haber afectado a las relaciones entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. Sin embargo, como se indicaba anteriormente, el movimiento no alineado y la mayor participación de los países en vías de desarrollo en las decisiones internacionales, constituyen factores que tienen una gran influencia en el diálogo Norte-Sur.

---

<sup>5</sup> G. O. Barney y otros, *El mundo en el año 2000* (Madrid, Tecnos, 1982).

<sup>6</sup> O.C.D.E., *Interfuturos: De cara al futuro* (Madrid, Instituto Nacional de Prospec-tiva, 1960).

<sup>7</sup> R. L. Heilbroner, *An Inquiry Into the Human Prospect* (Nueva York, Norton, 1974).

<sup>8</sup> F. Hirsch, *Social Limits to Growth* (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1978).

## «LA DECLARACIÓN DE COLOMBO.»

*La Declaración de Colombo* sobre población y desarrollo debe evaluarse dentro del contexto internacional que se acaba de describir. La Declaración fue formulada por los 58 países representados en la Conferencia Internacional de Parlamentarios celebrada en Sri Lanka en 1979, patrocinada por el Fondo de la Naciones Unidas para Actividades de Población (U.N.F.P.A.) y la Unión Interparlamentaria, siendo así la primera conferencia de parlamentarios celebrada bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Las principales características del marco internacional de referencia pueden entonces resumirse de la forma siguiente: a) Una creciente toma de conciencia por parte de los países más desarrollados sobre su responsabilidad en la cooperación con los países en vías de desarrollo. b) Una situación más problemática para llevar a cabo esa cooperación, debido a las dificultades con que se enfrentan los países desarrollados como consecuencia de la crisis del petróleo de 1973, que inició la crisis económica que ha caracterizado a las economías occidentales desde esa fecha. c) Una creciente toma de conciencia por parte de los países en vías de desarrollo sobre su derecho a exigir una reducción de las diferencias socioeconómicas internacionales.

Varias conferencias internacionales, muchas de ellas patrocinadas por las Naciones Unidas, han incluido desde los años sesenta referencias a la necesidad de encontrar los instrumentos necesarios que conducirían a una mayor justicia y solidaridad internacional. El Nuevo Orden Económico Internacional (N.O.E.I.) constituye un intento importante en esa dirección. *La Declaración de Colombo* establece que las metas y objetivos formulados en el N.O.E.I. deberían ser alcanzados con toda urgencia, al mismo tiempo que deberían producirse cambios internos importantes para asegurar una distribución más equitativa de los recursos y una sociedad más razonable y justa en cada país<sup>9</sup>.

Con respecto al desarrollo, la conferencia reformuló los objetivos y estrategias con el fin de realizar un esfuerzo más deliberado hacia la justicia social, una distribución más equitativa de la renta y el pleno empleo, una distribución espacial más equilibrada de la población, una selección más amplia de tecnologías adecuadas, un mayor esfuerzo para mejorar la capacidad de todo individuo de ser autosuficiente, una mejora del papel y condición de la mujer dentro de la familia y la sociedad, y una mejor utilización de la educación pública y de los programas de información.

Con respecto a la población, la conferencia acordó que diversas me-

<sup>9</sup> U.N.F.P.A., *The Declaration of Colombo* (Nueva York, Naciones Unidas, 1980).

didadas concretas deberían tener en cuenta la reducción de la mortalidad, la provisión de información sobre servicios de planificación familiar y la accesibilidad a esos servicios, el entrenamiento y equipamiento de un número suficiente de personal paramédico y trabajadores de campo para atender los servicios sanitarios preventivos y curativos así como los servicios de planificación familiar, el estímulo a contraer matrimonio en edades más tardías, y una mayor participación de los varones y mujeres, especialmente los más jóvenes, en los programas de población y de planificación familiar.

La conferencia hacía un llamamiento a los gobiernos para que reforzaran y aumentaran los programas de desarrollo socioeconómico y para que formularan políticas de población adecuadas; para que evaluaran las tendencias de población y sus consecuencias en sus propios países, sobre la base de que la política demográfica es una parte de la soberanía de cada nación; para que tomaran medidas explícitas que promocionaran y reforzaran la integración de los programas de población en todas las actividades de desarrollo; para que asignaran una mayor proporción de los recursos nacionales disponibles a las áreas rurales; para que promovieran iguales responsabilidades para varones y mujeres en los asuntos públicos, así como en las cuestiones políticas, económicas, sociales, culturales y familiares; para que garantizaran que todas las parejas e individuos puedan ejercer su derecho básico a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos e hijas que quieren tener, y para que pusieran a su disposición la información, educación y medios que fuesen necesarios; para que estimularan la investigación biológica y social sobre técnicas más fiables, eficientes y socialmente aceptables de regulación de la fecundidad; y para que incrementaran su constitución global a la ayuda internacional al Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, a los programas de cooperación bilateral, y a las organizaciones no gubernamentales. Para alcanzar estos objetivos, la conferencia hacía un llamamiento especial con el propósito de conseguir para 1984 un presupuesto anual de mil millones de dólares para la ayuda internacional en materia de población. También hacía llamamientos específicos a los gobiernos, a los medios de comunicación de masas, a los líderes religiosos, a los jóvenes, a las organizaciones de las Naciones Unidas (incluido el Banco Mundial), y a las organizaciones intergubernamentales, así como a las organizaciones no gubernamentales y voluntarias, a la Unión Interparlamentaria, y a la población en general. Por último, la conferencia pedía la celebración de una conferencia mundial de población en 1984, así como un refuerzo en el papel y funciones de la U.N.F.P.A., y la integración del problema de población y desarrollo como una cuestión central en la estrategia internacional para el desarrollo que debería ser aprobada para la próxima década.

En *La Declaración de Colombo* se hacía explícito el creciente sentimiento en todo el mundo de que las diferencias entre países desarrollados y países en vías de desarrollo deberían reducirse para lograr un orden social internacional más justo, y que la ayuda internacional a través de las relaciones bilaterales, y de las organizaciones intergubernamentales o no gubernamentales, serían el medio más apropiado para conseguir ese objetivo. Se debe reconocer, sin embargo, que *La Declaración* se hizo precisamente en un momento de crisis económica internacional, haciendo así más difícil que los países desarrollados llevaran a cabo las acciones que se podían esperar de ellos. El resultado neto puede ser una acumulación de tensiones en la Comunidad Internacional, debido a problemas causados por una creciente población mundial, recursos disminuyentes (especialmente los no renovables), una creciente degradación del medio ambiente y de la calidad de la vida en general, y un mantenimiento o incluso un aumento de las desigualdades intranacionales e internacionales que tenderían a causar mayores y más extensos conflictos sociales. El problema real parece ser no tanto el de las desigualdades existentes, sino el de la frustración que resultará de las expectativas no satisfechas para reducir esas desigualdades, expectativas que surgieron solamente hace un par de décadas. Esa es la razón por la que todos los esfuerzos para aumentar la ayuda internacional, de cualquier tipo, serán necesarios no sólo desde el punto de vista moral de obtener un orden social más justo, sino además desde el punto de vista pragmático de evitar los conflictos sociales y preservar la paz internacional.

*La Declaración de Colombo* pone un énfasis especial en la ayuda internacional en materia de población. Ése es un indicador del supuesto de que el problema de la población constituye una barrera fundamental para el desarrollo en los países en vías de desarrollo, y que debería tomarse en consideración con prioridad a cualquier otro problema. Ello justifica la importancia cualitativa asignada a la ayuda en materia de población, a pesar del hecho de que constituya un porcentaje pequeño en todos los programas de ayuda internacional.

#### COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

La ayuda internacional para el desarrollo puede tomar tres formas principales: a través de acuerdos bilaterales, a través de organizaciones intergubernamentales (cooperación multilateral), o a través de organizaciones no gubernamentales (principalmente fundaciones y otras organizaciones que no buscan el lucro). Los créditos a la exportación, las inversiones privadas y otras transferencias comerciales generalmente se excluyen del concepto de ayuda internacional para el desarrollo.

La práctica de la ayuda internacional para el desarrollo comenzó a ser importante durante la década de los sesenta aunque ya se había practicado con anterioridad. Pero la característica diferenciadora desde esa fecha es que hasta entonces la ayuda internacional para el desarrollo había tomado generalmente la forma de acuerdos bilaterales entre gobiernos, mientras que desde 1960 adoptó cada vez con más frecuencia la forma de cooperación multilateral a través de organizaciones intergubernamentales o incluso no gubernamentales. Así, en 1961, la ayuda oficial para el desarrollo significó 5.200 millones de dólares de los Estados Unidos. En sólo 16 años esa cifra casi se ha triplicado, alcanzando 14.759 millones en 1977. La ayuda de los países desarrollados a los países en vías de desarrollo ha crecido de manera continua en la mayoría de los campos (educación, agricultura, salud, industria) bajo cualquiera de las tres formas mencionadas más arriba (véase la tabla 5.1).

Pero ha sido en el campo de la ayuda en materia de población en donde las tasas de crecimiento han sido realmente espectaculares. En el mismo período de tiempo la ayuda para población ha crecido desde

TABLA 5.1  
*Tendencias en la ayuda para el desarrollo y en materia de población 1961-1977*  
(Porcentajes)

Años	Millones de dólares U.S.A.		Ayuda en materia de población como porcentaje de la ayuda total
	Ayuda total oficial para el desarrollo (a)	Ayuda en materia de población (b)	
1961	5.200	6	0,1
1962	5.400	5	0,1
1963	5.800	11	0,2
1964	6.000	16	0,3
1965	5.900	18	0,3
1966	6.000	34	0,6
1967	6.600	30	0,5
1968	6.300	58	0,9
1969	6.600	86	1,3
1970	6.800	125	1,8
1971	7.700	155	2,0
1972	8.700	171	2,0
1973	9.400	182	2,0
1974	11.302	257	2,3
1975	13.588	286	2,1
1976	13.666	320	2,3
1977	14.759	345	2,3

NOTAS: (a) Se excluyen los créditos a la exportación, las inversiones privadas, y otras transferencias comerciales. (b) Totales netos excluyendo la doble contabilidad debida a transferencias entre donantes. Las contribuciones de organizaciones voluntarias no se incluyen para los años 1961-1969. En 1970, estas contribuciones ascendieron a 0,9 millones de dólares.

Fuente: H. Gille, «Recent Trends in International Population Assistance». R. Salas, ed., *International Population Assistance: The First Decade* (Oxford, Pergamon Press, 1979), pág. 391.

6 millones de dólares U.S.A. a 345, y, como estableció *La Declaración de Colombo*, se esperaba que alcanzase 1.000 millones de dólares U.S.A. en 1984, fecha en que tuvo lugar la Conferencia Mundial de Población. La proporción de la ayuda de población sobre toda la ayuda oficial para el desarrollo ha cambiado, por consiguiente, desde un insignificante 0,1 por 100 en 1961 al 2,3 en 1977.

H. Gille, diputado director ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, ha resumido los datos más importantes sobre ayuda internacional en materia de población en varios artículos<sup>10</sup>. Los datos sobre ayuda en materia de población por principales donantes se presentan en la tabla 5.2 diferenciando entre donantes gubernamentales y donantes intergubernamentales o no gubernamentales. El análisis de esos datos debe tener en cuenta el hecho de que existe un solapamiento entre las tres categorías de donantes, que lleva a una cierta doble-contabilidad. Ésa es la razón por la que los datos se presentan excluyendo la doble contabilidad, tanto en dólares corrientes U.S.A., como en dólares constantes (1970 = 100). Lo primero que debe advertirse en la tabla 5.2 es que la ayuda en materia de población procedente de donantes gubernamentales constituye la fuente más importante durante todos los años que se han considerado. Pero mientras que las organizaciones no gubernamentales constituían la segunda fuente más importante de ayuda en 1971 y 1972, las organizaciones intergubernamentales tomaron ese lugar desde 1973. Las tasas de crecimiento lo demuestran de manera más explícita. Así la ayuda en materia de población procedente de donantes gubernamentales tuvo una tasa de crecimiento del 194 por 100 durante el período 1971-1979, mientras que las tasas correspondientes de crecimiento para las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales fueron 897 por 100 y 95 por 100 respectivamente. La tasa de crecimiento de la ayuda total en materia de población durante el mismo período, sin excluir la doble contabilidad, fue del 261 por 100, pero si se excluye la doble contabilidad, se reduce a 181 por 100 y 57 por 100, según que se consideren dólares corrientes U.S.A. o dólares constantes U.S.A. Por consiguiente, en términos reales la ayuda en materia de población ha crecido solamente en un 57 por 100 desde 1971 a 1979, lo que constituye una cifra bastante menos espectacular. Sin embargo, la ayuda en materia de población ha crecido más rápidamente que la ayuda total oficial para el desarrollo. Considerando solamente el período 1971-1977, se puede observar que ésta creció en un 92 por 100

<sup>10</sup> H. Gille, «Recent trends in international population assistance», en R. M. Salas, *International Population Assistance: The First Decade* (Oxford, Pergamon Press, 1979). H. Gille, «Overview of International Population Assistance», en U.N.F.P.A., *Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World 1979-1980* (Nueva York, U.N.F.P.A., 1981).

TABLA 5.2  
 Ayuda en materia de población por principales donantes, 1971-1979(a)  
 (En miles de dólares U.S.A.)

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
<i>Gobiernos:</i>									
Austria.....	—	357	579	693	1.587	967	1.345	3.021	3.138
Bélgica.....	147	18	75	837	476	934	2.179	2.252	1.810
Canadá.....	2.496	2.997	4.139	5.498	7.183	8.989	9.719	12.063	12.800
Dinamarca.....	1.918	1.189	2.035	4.784	3.548	4.978	4.445	7.722	9.282
Finlandia.....	507	892	1.033	2.587	2.026	1.578	1.745	498	538
República Federal de Alemania.....	1.657	2.435	4.392	5.770	13.400	8.739	14.434	17.002	35.255
Japón.....	2.090	2.196	2.812	5.293	7.971	9.000	15.000	15.743	25.098
Países Bajos.....	1.106	2.232	3.718	5.785	6.695	8.954	9.649	12.083	13.794
Nueva Zelanda.....	—	77	40	580	880	607	573	627	623
Noruega.....	3.870	5.539	8.600	10.800	18.500	27.400	30.000	39.962	40.252
Suecia.....	7.446	12.739	17.123	21.468	26.169	28.743	31.417	42.339	47.605
Suiza.....	168	191	189	190	200	242	500	1.149	1.506
Reino Unido.....	2.311	3.257	3.861	3.032	6.450	6.983	10.866	14.062	19.917
Estados Unidos de América.....	109.567	121.133	115.106	110.146	106.306	119.027	145.367	177.596	182.358
Otros.....	1.283	1.592	1.747	2.325	3.580	11.356	3.918	2.562	1.565
Subtotal.....	134.566	157.944	165.469	179.734	204.701	238.497	277.157	348.681	395.541
<i>Organizaciones intergubernamentales:</i>									
Naciones Unidas.....	6.995	5.952	8.459	20.786	24.234	28.009	22.705	20.000	24.238
U.N.I.C.E.F.....	2.382	2.371	3.711	5.753	6.725	6.611	6.700	6.700	9.653
U.N.F.P.A.....	8.937	19.840	34.684	57.000	71.213	75.781	72.131	95.592	131.621
B.I.T.....	165	989	2.259	3.827	4.901	6.483	6.775	3.717	5.957
F.A.O.....	607	574	1.370	1.539	2.238	1.400	1.400	2.500	3.603

TABLA 5.2 (Continuación)  
 Ayuda en materia de población por principales donantes, 1971-1979(a)  
 (En miles de dólares U.S.A.)

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
U.N.E.S.C.O. ....	38	28	2.554	4.130	5.337	4.042	5.034	4.700	4.803
O.M.S. ....	2.823	6.374	15.991	18.932	22.979	29.324	34.679	38.200	40.773
Banco Mundial (b) ....	1.600	5.700	11.200	14.840	20.340	25.940	27.730	31.380	59.100
Otras ....	5.200	6.577	1.789	6.225	6.300	6.300	6.500	7.000	7.000
Subtotal ....	28.747	48.405	82.017	133.032	164.267	183.890	183.654	209.789	286.748
<i>Organizaciones no-gubernamentales:</i>									
Fundación Ford ....	15.221	14.647	12.353	14.791	10.586	11.315	10.352	10.000	7.993
I.P.P.F. ....	19.294	24.935	33.798	31.108	33.660	33.493	39.230	45.837	46.610
Population Council ....	14.084	17.360	16.128	15.582	12.076	11.000	11.302	12.624	12.851
Fundación Rockefeller ....	2.864	6.608	6.370	8.962	8.514	8.264	8.290	8.941	9.780
Otras ....	3.877	4.400	7.400	7.060	7.774	9.471	14.371	19.851	30.620
Subtotal ....	55.340	67.950	76.049	77.503	72.610	73.543	83.545	97.253	107.854
Total general ....	218.653	274.299	323.535	390.269	441.578	495.930	544.356	665.723	790.143
<i>Totales excluyendo la doble contabilidad: (c)</i>									
—En dólares-U.S.A. corrientes ....	161.519	183.785	208.651	254.069	280.989	304.427	348.656	394.365	454.613
—En dólares-U.S.A. constantes siendo 1970=100 ....	154.860	170.645	182.387	200.054	202.734	207.658	223.211	234.741	243.108

Notas: (a) Gastos reales, excepto que algunas de las cifras de 1977 son estimaciones basadas en las asignaciones. Todas las cifras se refieren a años naturales; (b) Las estimaciones anuales para el Banco Mundial se basan en sus compromisos de acuerdo con préstamos, con acuerdos de préstamos o créditos, y la duración prevista de la ejecución de los proyectos; (c) Esta cifra se ha calculado deduciendo del total las siguientes partidas:

- Contribuciones gubernamentales al U.N.F.P.A.
- Contribuciones de los Estados Unidos al I.P.P.F., al *Pathfinder Fund*, y al *Population Council*.
- Contribuciones de la U.N.F.P.A. a organizaciones en el sistema de las Naciones Unidas.
- Contribuciones de una fundación a otra.

Fuentes: Para los años 1971-1973: H. Gille, «Recent Trends in International Population Assistance», en R. M. Salas, *International Population Assistance: The First Decade* (Oxford, Pergamon Press, 1979), págs. 391-392; Para los años 1974-1979: H. Gille, «Overview of International Population Assistance», en U.N.F.P.A., *Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World, 1979-1980* (Nueva York, 1981), pág. IX. Debido a discrepancias entre las dos fuentes para los años 1974-1977 se han preferido los datos procedentes de esta última fuente, partiendo del supuesto de que son cifras corregidas.

mientras que la ayuda en materia de población creció en un 116 por 100 durante el mismo período. Se puede entonces concluir que la ayuda en materia de población ha experimentado un crecimiento muy importante durante la década de los años setenta, por lo menos mayor que la ayuda total oficial para el desarrollo, pero no tan importante como podría deducirse al considerar las cifras brutas totales debido a dos factores: la doble contabilidad entre las tres fuentes de ayuda que se han considerado aquí, y la utilización de dólares U.S.A. corrientes o constantes.

Teniendo en cuenta los *donantes gubernamentales* debe señalarse que los Estados Unidos han sido, y son todavía, el donante individual más importante. En 1971, la contribución de los Estados Unidos representaba el 81 por 100 de toda la ayuda gubernamental, pero disminuyó a un 46 por 100 en 1979. Noruega y Suecia fueron el segundo y tercer donante individual más importante en 1971, y mantuvieron estas posiciones en 1979. El crecimiento relativo más importante ha correspondido a la República Federal de Alemania, que en 1979 contribuyó con una ayuda 21,3 veces superior a la de 1971, lo cual es bastante superior a los Estados Unidos (1,2), Suecia (6,4) y Noruega (10,4).

Con respecto a las *organizaciones intergubernamentales* debe señalarse el importante peso de la ayuda originada en el U.N.F.P.A., que en 1971 representaba el 31 por 100 de la ayuda total de las O.I.G. y que ha crecido al 46 por 100 en 1979. El crecimiento relativo más importante durante el período corresponde sin embargo a la U.N.E.S.C.O., aunque a un nivel absoluto mucho más bajo de ayuda.

Finalmente, con respecto a las *organizaciones no-gubernamentales*, el I.P.P.F., el Population Council, y la Fundación Ford fueron las tres fuentes más importantes de ayuda en 1971. El I.P.P.F. representaba el 35 por 100 de la ayuda total de las O.N.G. en 1971, y creció en términos absolutos y relativos a lo largo de todo el período, de forma que llegó a representar el 43 por 100 de la ayuda total procedente de la O.N.G. en 1979. Debe advertirse la reducción absoluta y relativa experimentada por el Population Council y la Fundación Ford. Por otra parte, es importante señalar el muy importante crecimiento experimentado por la categoría «otros», principalmente a causa del crecimiento de la *family planning international assistance*, una O.N.G. que no fue considerada separadamente hasta 1974, y que en 1979 contribuyó con un total de 14.120.000 dólares U.S.A.

Anteriormente se señalaba que al comparar las tres fuentes de ayuda en materia de población se podía advertir el crecimiento relativo de las O.I.G. A decir verdad, esa comparación puede hacerse más fácilmente en la tabla 5.3. Los datos parecen demostrar el aumento relativo de la ayuda procedente de las O.I.G. (desde 13,2 a 36,3 por 100) con respecto a la ayuda total (sin excluir la doble contabilidad y en dólares

corrientes U.S.A.), así como la disminución relativa de la ayuda procedente de fuentes gubernamentales (desde 61,5 a 50,1 por 100) y de la ayuda procedente de las O.N.G. (desde 25,3 a 13,6 por 100). Para comprender mejor el significado de estos datos, debería recordarse, por una parte, que la ayuda en materia de población comenzó principalmente sobre una base bilateral, y que sólo recientemente ha comenzado a cambiar hacia los acuerdos multilaterales a través de las O.I.G. Las Naciones Unidas comenzaron sus programas sobre ayuda en materia de población a principio de los años cincuenta, y alrededor de esa fecha comenzó también a operar el I.P.P.F., el Population Council, y las fundaciones Ford y Rockefeller. Pero el U.N.F.P.A. no fue establecido hasta 1969. Por otra parte, los gobiernos canalizan su ayuda cada vez más a través de las O.I.G., lo que explica el crecimiento de la doble contabilidad a lo largo del período 1971-1979. Así, la razón de la ayuda total en materia de población (incluyendo la doble contabilidad) respecto a la ayuda total en materia de población (excluyendo la doble contabilidad) fue de 1,35 en 1971 y de 1,73 en 1979.

TABLA 5.3  
Ayuda en materia de población por fuente, 1971-1979  
(En miles de dólares U. S. A.)

Años	Fuentes						
	Asistencia total	Gobiernos		Organizaciones Intergubernamentales		Organizaciones no gubernamentales	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
1971 .....	218.653	134.566	61,5	28.747	13,2	55.340	25,3
1972 .....	274.299	157.944	57,6	48.405	17,6	67.950	24,8
1973 .....	323.535	165.469	51,1	82.017	25,4	76.049	23,5
1974 .....	390.269	179.734	46,0	133.032	34,1	77.503	19,9
1975 .....	441.578	204.701	46,4	164.267	37,2	72.610	16,4
1976 .....	495.930	238.497	48,1	183.890	37,1	73.543	14,8
1977 .....	544.356	277.157	50,9	183.654	33,7	73.545	15,4
1978 .....	665.723	348.681	52,4	209.789	31,5	97.253	14,6
1979 .....	790.143	395.541	50,1	286.748	36,3	107.854	13,6

La afirmación relativa al cambio de la ayuda desde una base bilateral a una base multilateral puede ser parcialmente confirmada por los datos que se incluyen en la tabla 5.4. El número de donantes a la U.N.F.P.A. ha crecido desde 1 en 1967 (cuando todavía se denominaba *Transfond for Population Activities*) a 100 en 1980, y a 81 en 1981.

Otra cuestión con respecto a los donantes gubernamentales se refiere a las contribuciones específicas realizadas por los países europeos en materia de ayuda para la población. La tabla 5.5 presenta las contribuciones totales realizadas por países europeos y las compara con la

TABLA 5.4  
*Número de donantes al fondo de las Naciones  
 Unidas para actividades de población por año,  
 1967-1981*

Años	Número de donantes
1967 .....	1
1968 .....	3
1969 .....	7
1970 .....	22
1971 .....	39
1972 .....	40
1973 .....	49
1974 .....	56
1975 .....	54
1976 .....	54
1977 .....	53
1978 .....	54
1979 .....	50
1980 .....	100
1981 .....	81

contribución total realizada por todos los gobiernos. Los datos no dejan ninguna duda respecto al crecimiento absoluto y relativo de la ayuda en materia de población procedente de países europeos (incluso aunque la cifra esté infraestimada, puesto que algunos países europeos están incluidos dentro de la categoría «otros»). La ayuda europea en materia de población representaba el 14,2 por 100 de la ayuda total en materia de población proporcionada por todos los gobiernos en 1971, pero ha crecido hasta el 43,0 por 100 en 1979. La explicación, como ya se dijo anteriormente, es la de que se ha producido un aumento en la contribución por parte de los gobiernos europeos, y una reducción relativa en la contribución procedente de los Estados Unidos. Esto muestra claramente la asunción de responsabilidades por parte de los países europeos, que están contribuyendo cada vez más a los programas de ayuda en materia de población y, por consiguiente, al desarrollo de los países en vías de desarrollo.

Gille, en sus informes ya citados, ha realizado un análisis de la ayuda internacional en materia de población de acuerdo con los países prioritarios, los objetivos prioritarios, y las áreas prioritarias de ayuda. Sin embargo, debería señalarse aquí que alrededor de la mitad de la ayuda en materia de población se utiliza para apoyar programas de planificación familiar de naturaleza diversa (desde provisión de contraceptivos a pagos de personal). Esta actividad fue una de las necesidades más importantes y agudas formuladas en *La Declaración de Colombo*.

Sin embargo, parecería que la ayuda internacional en materia de población va en la misma dirección indicada por *La Declaración*, y existen razones para pensar que continuará haciéndolo así hasta que se logre una reducción en las tasas de crecimiento de la población (a través de una reducción de la natalidad).

TABLA 5.5  
*Ayuda en materia de población por donantes principales europeos, 1971-1979*  
(En miles de dólares U. S. A.)

Años	Total de principales donantes	Donantes europeos principales	Donantes europeos principales como porcentaje del total de donantes principales
1971 .....	134.566	19.310	14,2
1972 .....	157.944	28.492	18,0
1973 .....	165.469	41.026	24,8
1974 .....	179.734	55.253	30,7
1975 .....	204.701	77.464	37,8
1976 .....	238.497	88.551	37,1
1977 .....	277.157	105.235	38,0
1978 .....	348.681	137.069	39,3
1979 .....	395.541	169.959	43,0

Fuente: Datos elaborados a partir de la tabla 5.2.

El mundo se enfrenta con una crisis económica que se originó en la crisis del petróleo de 1973. Esta crisis se manifiesta a través de una inflación continua, y de tasas sin precedentes de desempleo, especialmente entre los jóvenes. Contrariamente al optimismo que caracterizó a la década de los años sesenta, se acepta ahora ampliamente que las diferencias internacionales entre naciones aumentarán, que las diferencias intranacionales entre regiones y grupos sociales también tenderán a aumentar, y que las tasas de crecimiento económico serán muy bajas, y en muchos casos incluso negativas. Los tres problemas principales que acompañan a la crisis mundial, y que contribuyen y resultan de ella, son: una tasa alta de crecimiento de la población, una disminución global de los recursos mundiales, y una degradación creciente del medio ambiente. Los tres problemas, combinados, pueden resultar en un aumento importante en el número y extensión de los conflictos sociales, tanto a nivel nacional como internacional.

*La Declaración de Colombo* sobre población y desarrollo formula claramente la necesidad de una ayuda internacional de los países desarrollados a los países en vías de desarrollo. *La Declaración* se refiere específica y repetidamente a la necesidad de ayuda internacional en materia de población, hasta el punto de expresar un deseo concreto de que ésta alcanzase un volumen de mil millones de dólares para 1984. La

ayuda internacional en materia de población ha crecido desde 6 millones de dólares U.S.A. en 1961, a 345 millones de dólares-U.S.A. en 1977, y su importancia relativa con respecto a la ayuda total oficial para el desarrollo ha crecido desde el 0,1 por 100 en 1961 al 2,3 por 100 en 1977.

Los donantes gubernamentales constituyen todavía la fuente más importante de ayuda en materia de población, comparado con la ayuda que se origina en las organizaciones intergubernamentales y no-gubernamentales. Sin embargo, la actual tendencia es la de que los gobiernos canalicen sus contribuciones a través de las organizaciones intergubernamentales. El papel de la U.N.F.P.A. está creciendo en importancia entre las O.I.G. y las O.N.G. desde que fue establecida en 1969, como se refleja por el hecho de que en 1981 recibieran contribuciones de 81 donantes. Los países europeos han aumentado su contribución a la ayuda internacional en materia de población, hasta el punto de representar el 43 por 100 de toda la ayuda gubernamental en 1979. Aproximadamente la mitad de todos los recursos asignados a la ayuda internacional en materia de población se dedican a proyectos que directa o indirectamente están relacionados con los programas de planificación familiar.

La ayuda internacional para el desarrollo, y por consiguiente la ayuda en materia de población, pueden estar en peligro de tener tasas de crecimiento más bajas o incluso decrecientes, debido a una continuación de las dificultades económicas pasadas y presentes con las que se tienen que enfrentar los países desarrollados, como ha sido recientemente demostrado por las medidas tomadas en los organismos financieros intergubernamentales. Si esto sucediera realmente, las metas y objetivos establecidos en el nuevo orden económico internacional y en *La Declaración de Colombo* estarían en peligro de no poderse cumplir, y ello constituiría probablemente un factor importante de desequilibrio en las relaciones internacionales, que directamente conduciría a un aumento en el peligro de conflictos sociales tanto a nivel nacional como internacional.

## CAPÍTULO 6

### POLÍTICA INTERNACIONAL DE SALUD PARA TODOS

El presente es tan preocupante que nos encanta hablar del futuro. El mundo del año 2000 contendrá aproximadamente 6.200 millones de habitantes. Alrededor de un 10 por 100 de esa población vivirá todavía en estado de absoluta pobreza. Como los países menos desarrollados se multiplican más rápido, el peso relativo de la población mundial desarrollada descenderá; de ser el 30 por 100 pasará al 20 por 100. Todo parece, pues, indicar que las desigualdades internacionales serán cada vez mayores. La mitad de las personas viviremos en ciudades, y habrá muchos más ancianos (sobre todo ancianas). Ese año 2000, tan prosaico y poco utópico, está a la vuelta de la esquina. Los adultos del tercer milenio ya están en la escuela; y muchos de ellos sin recibir una educación sanitaria básica.

Salud en el año 2000 supone que todos los países del mundo lleguen a alcanzar una serie de metas. Cada nación debe gastar al menos el 5 por 100 de su riqueza (Producto Nacional Bruto) en sanidad, el 70 por 100 de esa cantidad en *Atención Primaria de Salud* (excluye hospitales). Se pide a los países ricos que contribuyan además con el 0,7 por 100 de su presupuesto sanitario a los países en vías de desarrollo. Hay que conseguir que el 90 por 100 de los recién nacidos pesen más de 2.500 gramos; que la tasa de mortalidad infantil sea menor del 5 por 100; y que la esperanza de vida al nacer supere los 60 años. Para que todo ello se consiga, se considera imprescindible que cada país supere los 500 dólares de renta per cápita, y logre una tasa de analfabetismo inferior al 30 por 100.

Se afirma que la *sanidad* ayuda al *desarrollo* de un país, aunque esta relación causal no se demuestra luego empíricamente. Al contrario, el crecimiento económico mundial se ha detenido. El paro se ha conver-

tido en uno de los problemas sociales principales, reforzando su asociación con delincuencia y enfermedad. Incluso en los países más desarrollados es imposible ya acceder a todas las necesidades sanitarias de la población. Lo que se ha conseguido es un sistema sanitario altamente medicalizado, curativo, y fragmentado. Paradójicamente, el propio desarrollo es ahora el problema fundamental para obtener un sistema sanitario que llegue a *todas* las personas, que se dedique a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y que disminuya las todavía grandes diferencias en el nivel de salud de la población <sup>1</sup>.

Mientras que el modelo educativo de *escuela única-pública-gratuita* ha triunfado en el mundo, existe una multiplicidad de sistemas sanitarios diferentes. Ni siquiera los organismos internacionales se han atrevido a definir un modelo de sanidad ideal. Al contrario, la idea dominante es la supuesta convergencia de modelos, que no sólo es una hipótesis inexacta sino que puede ser ideológicamente peligrosa <sup>2</sup>. Para nadie es fácil controlar los factores que inciden sobre la salud de la población en cada país: educación, pautas de conducta, hábitos de fumar, consumo habitual de bebidas alcohólicas, falta de ejercicio físico, mala calidad de vivienda, promiscuidad sexual, polución medio-ambiental, forma de conducir, consumo de alimentos, etc. Los factores son poco médicos y muy sociales, por lo que se habla insistentemente de que en el siglo XXI ya no existirán médicos <sup>3</sup>. Conviene, pues, seguir con el estudio del capital humano sanitario <sup>4</sup>, y empezar el análisis del poder médico internacional establecido.

#### ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Parece como si los sociólogos no tomaran en serio a la *Organización Mundial de la Salud* (O.M.S.). Si se repasa la bibliografía sociológica referente al sector sanitario, se observa que apenas hay citas a los numerosos informes y declaraciones de la O.M.S. Tampoco existe todavía un buen análisis sociológico de las ideologías de la O.M.S., ni un estudio de su estructura y conflictos. Esto es más sorprendente, dado que

---

<sup>1</sup> Philip Selby, *Health in 1980-1990: A Predictive Study Based On an International Inquiry* (Basilea, S. Karger, 1974), 85 págs.

<sup>2</sup> David Mechanic, *Politics, Medicine, and Social Science* (Nueva York, John Wiley & Sons, 1974), 306 págs.

<sup>3</sup> Jerrold S. Maxmen, *The Post-Physician Era: Medicine in the Twenty-First Century* (Nueva York, John Wiley & Sons, 1976), 300 págs., y Rick J. Carlson, *The End of Medicine* (Nueva York, John Wiley & Sons, 1975), 290 págs.

<sup>4</sup> Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* (Nueva York, Dodd, Mead & Co., 1972), 409 págs. (hay traducción en Península), e Ivan Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (Nueva York, Pantheon Books, 1976), 294 págs. (hay traducción en Barral).

el poder médico internacional establecido ha empezado a utilizar un lenguaje eminentemente sociológico.

En los años setenta, y coincidiendo con la crisis económica, aparecen en el mundo estudios replanteando el modelo de sistema sanitario dominante en el mundo occidental<sup>5</sup>. Con un cierto retraso, la O.M.S. empieza a promover algunos cambios respecto de la atención primaria de salud (a partir de la primavera de 1975), y a sugerir un sistema sanitario que alcance a toda la población (en 1977). Por fin, en septiembre de 1978 (aprovechando su trigésimo cumpleaños) y en combinación con la U.N.I.C.E.F., promueve un congreso sobre *Atención Primaria de Salud* (A.P.S.) en la ciudad soviética de Alma-Ata (que literalmente significa «manzana»). El informe final incluye la «Declaración de Alma-Ata» (dividida en diez mandamientos), 22 recomendaciones, y un informe del director-general de la O.M.S. y el director-ejecutivo de la U.N.I.C.E.F.<sup>6</sup>. Es el documento más sociológico publicado por la O.M.S. hasta la fecha. Está lleno, sin embargo, de ingenuidades teóricas y problemas metodológicos.

La posición actual de la O.M.S. es bastante más progresiva que hace una década. El tono del informe de Alma-Ata es crítico. Empieza analizando los problemas sanitarios del planeta, y resalta que el nivel sanitario de cientos de millones de personas en el mundo es inaceptable; que más de la mitad de la población mundial no tiene asistencia sanitaria adecuada; y que la distribución de recursos (sanitarios) es injusta. Confirma la desilusión generalizada en el mundo con respecto a la asistencia sanitaria, y sobre todo con la asistencia médica.

El replanteamiento radical del concepto de salud se basa en dos criterios: un *nivel mínimo de salud* para todas las personas; y una *disminución de las desigualdades* sanitarias. Este segundo punto que aparece en Alma-Ata es posteriormente olvidado por la O.M.S. al desarrollar la política sanitaria. El objetivo final es que *en el año 2000 toda la población mundial tenga un nivel de salud suficiente para mantener una vida productiva tanto a nivel social como económico*. La hipótesis básica es que la A.P.S. es la forma idónea de llegar a esa meta. Sin embargo esa relación causal no se demuestra, y parece más un *wishful thinking* (deseo ilusionado) que una teoría establecida<sup>7</sup>. Por ejemplo, una política de A.P.S. supone un presupuesto mayor dedicado precisamente a

---

<sup>5</sup> David Werner, *Donde no hay doctor: Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos* (Palo Alto, California, La Fundación Hesperian, 1973), 429 págs., y The Boston Women's Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves* (Nueva York, Simon and Schuster, 1971), del que existe una edición española en Icaria.

<sup>6</sup> W.H.O. and U.N.I.C.E.F., *Alma-Ata 1978: Primary Health Care* (Ginebra, W.H.O., 1978), 79 págs.

<sup>7</sup> J. P. Habicht, «Health for All by the Year 2000», en *American Journal of Public Health*, vol. 71, núm. 5 (1981), págs. 459-461.

asistencia primaria. Nuestra sospecha es que en muchos países se produce exactamente lo contrario. En España (véase la tabla 6.1) se observa un imparable desarrollo del sector secundario, una degradación de la A.P.S. del sector público, y un creciente proceso de privatización del sistema sanitario. Se confirma así el «Teorema de Watson», de que el sector privado vive del público<sup>8</sup>.

Una idea repetitiva es que el sector sanitario no es aislable (ni siquiera a nivel analítico) de los demás sectores sociales y económicos, de los que depende. Paradójicamente, hasta 1980 la O.M.S. no hace referencia alguna a la crisis económica que se inicia en 1973, y plantea incluso una expansión del sector sanitario. Obviamente, tampoco analiza el impacto de la crisis económica en la salud de la población. Nunca acepta —como algunos críticos han sugerido— que el cambio de política sanitaria internacional hacia la A.P.S. se haya producido precisamente por la crisis económica mundial.

Como ya es típico de la ideología de la O.M.S., no se diferencia al *sector privado* del *sector público*. La hipótesis es que la A.P.S. es la base de un sistema global de salud nacional, sin aclarar cuál es el papel del sector privado en la A.P.S. y en el supuesto sistema nacional de salud. Se pone un énfasis especial en que los gobiernos acepten la nueva política de A.P.S., pero no se explica cómo van a conseguir que el sector privado colabore con esa nueva política, que de entrada no les es rentable. Hay que recordar que una parte importante de la A.P.S. es la base económica de la profesión médica establecida, que en muchos países es la que además domina la política estatal sanitaria. La O.M.S. sugiere tímidamente (aunque nunca lo demuestra) que la A.P.S. puede suponer un negocio lucrativo para todos, incluso para las compañías productoras de tecnología. No se analizan las distorsiones que supone manejar la A.P.S. como un negocio, a veces *con* el apoyo y *sin* el control del sector público.

Alma-Ata denuncia la existencia de desigualdades sanitarias internacionales e intranacionales. Sin embargo, no utiliza la expresión «clases sociales» que al parecer es tabú dentro de la O.M.S. Tampoco se realiza un análisis básico de esas diferencias, del estilo del informe británico *Inequalities in Health*<sup>9</sup>. El problema de los desequilibrios sociales debidos al coste de la asistencia se obvia indicando que la A.P.S. se debería conseguir a un coste que pueda ser pagado por el país o por la comunidad. La parte relativa a la financiación es la más floja del informe, a pesar de ser la raíz de las desigualdades sanitarias. De fondo

<sup>8</sup> J. M. de Miguel, «El Teorema de Watson del sector sanitario: Hacia una teoría sociológica de la Seguridad Social española», en *Papers Revista de Sociología*, núm. 10 (1979), págs. 115-145.

<sup>9</sup> Robert R. Alford, *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform* (Chicago, The University of Chicago Press, 1975), 294 págs.

TABLA 6.1  
Evolución del presupuesto del INSALUD en España  
(En millones de pesetas corrientes)

INSALUD	Año 1980 (Presupuesto gastado)	Año 1981 (Presupuesto inicial)	Año 1982			
			Proyecto de presupuesto	Porcentajes		
				Del total	Incremento respecto a 1981	Incremento respecto a 1980
Asistencia primaria (a)	109.599	120.750	134.980	18,8	12	23
Farmacia .....	102.439	111.195	131.538	18,3	18	28
Hospitales .....	202.530	232.575	286.520	39,9	23	42
Conciertos .....	116.246	116.652	129.822	18,1	11	12
Medicina preventiva ...	748 (b)	509	715	0,1	40	...
Docencia .....	9.581	11.021	12.007	1,7	9	25
Investigación .....	862	1.954	2.165	0,3	11	51
Administración .....	95.627 (c)	10.745	20.386	2,8	90	...
Totales .....	(d)	605.401	718.133	100,0	19	...

Fuentes: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Información estadística sobre el desarrollo de la ejecución del presupuesto de la Seguridad Social hasta el 31 de diciembre de 1980* (Madrid, M.S.S.S., 1981), págs. 12-28. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Presupuestos de la Seguridad Social: Año 1981*. Entidad: Instituto Nacional de la Salud (Madrid, M.S.S.S., 1981), págs. 9-23. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, *Proyecto de presupuesto del INSALUD para 1982* (Madrid, M.T.S.S.S., 1981), págs. 24-44.

NOTAS: (a) Incluye «Asistencia con medios propios a domicilio» excluyendo farmacia, y «Asistencia sanitaria con medios propios en instituciones abiertas» (ambulatorios). (b) Incluye toda la «Medicina preventiva» de la Seguridad Social, y no sólo la del INSALUD, sin incluir «Higiene y seguridad en el trabajo». (c) Incluye la «Administración general» de toda la Seguridad Social. (d) El total específico del INSALUD no puede calcularse con estos datos debido a (b) y (c).

está el problema de que algunos países con un servicio nacional de salud, que incluye una A.P.S. aceptable, no han logrado disminuir las diferencias sanitarias según clases sociales.

Un avance positivo de Alma-Ata es la definición de la *participación* de las personas en el sector sanitario a dos niveles (individual y colectivamente) y no sólo en la toma de decisiones, sino también en el control del gasto, y en la evaluación posterior. Se reconoce que la asistencia sanitaria tiene que «aproximarse» físicamente a la población, lo que supone un proceso de *descentralización*. Incluso se afirma que el *equipo médico* incluye al paciente. Sin embargo, estos tres procesos pueden esconder un problema. Cuando a pesar del creciente gasto sanitario los países desarrollados no logran un incremento sustancial en el nivel de salud de la población, se quiere convencer a las personas de que se hagan responsables de su propia salud y asistencia. Se resucitan entonces conceptos como *self-care*, *self-help*, y estilo-de-vida. La participación actual no puede solucionar el relativo fracaso de una asistencia curativa, centralizada, especializada, fragmentada, y altamente tecnológica.

Los fracasos son muchos. Un aspecto esencial de la nueva política de A.P.S. es que los *medicamentos esenciales* sean accesibles a toda la población, a cualquier nivel, y a un precio mínimo. En algunos países

este proceso es exactamente el opuesto. Por ejemplo, en España la participación de la población en el coste directo de los medicamentos (dentro del sector público) ha pasado en una década del 9 al 40 por 100. El informe de la O.M.S. propone además reducir la sobreutilización de medicamentos e incorporar algunos remedios tradicionales efectivos. Ambos procesos no se cumplen en la mayoría de los países y todos los indicadores sugieren que está sucediendo lo contrario. El gasto farmacéutico es una de las partidas que más crecen dentro del sector sanitario, y el resto de la A.P.S. una de las que menos.

El sesgo profesional de la O.M.S. es confiar demasiado en la elite gobernante de los estados-miembros. Alma-Ata pone un énfasis considerable en la responsabilidad de los gobiernos, y en la necesidad de tomar decisiones *políticas*, y no tanto sociales o económicas. Se supone que todos los países-miembros van a implantar la A.P.S. a través del Ministerio de Sanidad (o su equivalente). En varios países la situación es curiosa: el Ministerio de Sanidad protege al sector secundario, mientras que la oposición (política) y los movimientos populares abogan por la A.P.S.<sup>10</sup>

No parece posible que en Europa central o en los Estados Unidos la A.P.S. vaya a convertirse pronto en el eje central y el enfoque principal de todo el sistema sanitario. Alma-Ata es una declaración de (buenas) intenciones dirigidas fundamentalmente a los países pobres. Según otros, es el modelo de sanidad que han acordado los países desarrollados (en combinación con el poder médico internacional) para los países en vías de desarrollo. Una lectura sociológica del informe de Alma-Ata nos lleva a diversas conclusiones: primera, que la política de A.P.S. no vale para los países desarrollados; segunda, que el modelo sanitario de los países desarrollados no sirve actualmente para los países en vías de desarrollo; tercera, que cristalizan dos modelos sanitarios diferentes, uno para países ricos y otro para países pobres. También es posible que, según el nuevo modelo de A.P.S., los países pobres lleguen a tener un sector sanitario mejor que el de los países ricos. Pero para comprobar eso, habrá que esperar al año 2000.

#### LA SALUD PARA TODOS.

Continuando con las ideas de Alma-Ata, la O.M.S. propuso en 1979 la política de la *Salud Para Todos en el año 2000* (S.P.T.-2000) en un breve informe<sup>11</sup>. Es un librito de principios generales, algunas no-

---

<sup>10</sup> Douglas Black y otros, *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group* (Londres, Department of Health and Social Security, 1980), 417 págs.

<sup>11</sup> Executive Board of the W.H.O., *Formulating Strategies For Health For All By the Year 2000: Guiding Principles and Essential Issues* (Ginebra, W.H.O., 1979), 59 págs.

ciones metodológicas simples, y unas ideas básicas de planificación sanitaria. El objetivo era establecer un marco común de referencia para que cada país definiese luego sus propios planes sanitarios. Se parte de la hipótesis (luego nunca demostrada) de que la «atención primaria de salud» (A.P.S.) es la base para alcanzar la «salud para todos» (S.P.T.) antes del año 2000. La estrategia del informe representa en el fondo un modelo más centralista, menos participatorio, y una visión más pesimista que Alma-Ata. Reconoce, eso sí, la necesidad de un punto de vista sociológico, y el análisis de los estilos-de-vida de las personas.

En 1979 las Naciones Unidas apoyan explícitamente la nueva política sanitaria de la O.M.S. y se redacta el primer borrador de política sanitaria mundial. A finales de 1980 se publica una versión revisada de la *Estrategia Global* para poder conseguir la S.P.T.-2000<sup>12</sup>, que viene acompañada de una serie de indicadores socio-sanitarios para evaluar la política a nivel mundial<sup>13</sup>. La Estrategia Global considera que el objetivo de la S.P.T. no puede ser obtenido únicamente por el sector sanitario (y, por lo tanto, tampoco por la A.P.S.). Se reconoce por vez primera que la S.P.T. no es un objetivo alcanzable, sino un proceso dirigido a un mejoramiento general del nivel de salud de la población.

La crítica más importante que se puede hacer a la O.M.S. es una contradicción en su propio planteamiento. Si se acepta la interdependencia entre el desarrollo socioeconómico y el sanitario, no se puede argumentar que el mero cambio del sistema sanitario hacia la A.P.S. vaya a producir la S.P.T., ya que la estructura económica es una variable independiente del (y anterior al) cambio sanitario. Si se desea pues alterar el nivel de la salud de la población es imprescindible actuar sobre la estructura social. Ello supondría: primero, que el tema sanitario deja de ser responsabilidad del poder médico internacional; y segundo, que las variables «régimen político» y «estructura de clases» o «estratificación social» pasan a primer plano<sup>14</sup>. Ambas conclusiones no son del agrado de la O.M.S. actual, pues le suponen problemas insalvables a nivel «diplomático».

En algunos casos, *el modelo propuesto por la O.M.S. puede llegar a crear más desigualdades de las que ya existen*. Si se aplica estrictamente

<sup>12</sup> W.H.O., *Global Strategy for Health for All by the Year 2000* (Ginebra, W.H.O., 1981), 90 págs.

<sup>13</sup> Executive Board of the W.H.O., *Indicators For Monitoring Progress Towards Health For All By the Year 2000* (Ginebra, W.H.O., 1980), 69 págs.

<sup>14</sup> Jean-Claude Polack, *La médecine du capital* (París, François Maspero, 1972), 222 págs.; Vicente Navarro, *Medicine Under Capitalism* (Nueva York, Prodist, 1976), 230 págs.; Elliot A. Krause, *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care* (Nueva York, Elsevier, 1977), 383 págs., y Lesley Doyal, e Imogen Pennell, *The Political Economy of Health* (Londres, Pluto Press, 1979), 360 págs.

la política de S.P.T. a los países de desarrollo intermedio (como los de Europa meridional) es posible llegar a una red de A.P.S. para pobres, y un servicio curativo de medicina-cosmopolita para ricos, con una distribución peculiar de médicos según la clase social y la estructura de la propiedad privada<sup>15</sup>. Muchos países no han terminado de construir un plan moderno de asistencia curativa, y se les pide abandonar esa prioridad (a menudo con numerosos hospitales a medio construir) para diseñar una red global de A.P.S. Dado que los recursos son limitados, y especialmente en esos países intermedios donde la crisis económica ha repercutido más, se puede llegar a crear un caos sanitario.

Dificultades económicas en casi todos los países e inestabilidad política en otros, son dos de los factores que más obstaculizan el desarrollo de una planificación sanitaria estatal. Incluso en países democráticos, pocos Ministerios de Sanidad son tan estables como para publicar sus fracasos. Donde no hay planificación, difícilmente puede existir evaluación. A menudo (como en España entre 1946 y 1975), los planes sanitarios son construidos sin tener en cuenta los planes anteriores, o la población futura del país<sup>16</sup>. En muchos casos es necesario crear un cuerpo de *especialistas en salud pública* que todavía no existe. En algunos de los países más desarrollados del mundo (incluso europeos), la formación en salud pública está bastante atrasada. Por un lado, la profesión médica ha tenido éxito al oponerse (o cooptar) a las escuelas de salud pública; por otro, el modelo seguido ha sido a menudo el «napoleónico»: escuelas de funcionarios, sólo para médicos, sin incluir investigación.

Paradójicamente, en países en vías de desarrollo (y muchos de los desarrollados) hay más investigación biomédica sofisticada que sobre prevención de la enfermedad y promoción de la salud. No existe apenas investigación epidemiológica básica, sobre organización sanitaria, o planificación del sector de salud. Una idea positiva del programa S.P.T. es que la investigación biomédica debe reorientarse hacia su aplicación a la propia realidad sanitaria local. Se recomienda que la investigación sanitaria se ponga al servicio de la política general de salud, lo que supone además una mayor participación de la comunidad en los procesos de planificación. En Europa, salvo casos excepcionales (Gran Bretaña, Bélgica y Polonia), la investigación en Sociología de la Medicina es limitada, y no tiene impacto en la política gubernamental del

---

<sup>15</sup> Benjamín González, *El capital humano en el sector sanitario: La distribución de médicos en España* (Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979), 115 páginas.

<sup>16</sup> J. M. de Miguel, «The Spanish health planning experience 1964-1975», en *Social Science and Medicine*, núm. 9 (1975), págs. 451-459, y «Policies and politics of the health reforms in southern European countries: A sociological critique», en *Social Science and Medicine*, núm. 11 (1977), págs. 379-393.

sector sanitario <sup>17</sup>. La participación de sociólogos en la O.M.S. es muy pequeña, aunque su número se haya duplicado recientemente en el *European Advisory Committee for Medical Research* (pasando de uno a dos miembros; sic).

La O.M.S. se refiere en sus programas exclusivamente a los gobiernos y ministerios de Sanidad, con lo que no tiene en cuenta las actividades de otros grupos políticos (la oposición, partidos políticos, y sindicatos) y asociaciones voluntarias (consumidores, feministas, movimientos populares, ecologistas). En algunos casos (como en España) <sup>18</sup> la política del gobierno (hasta 1982) tiende a la privatización del sector sanitario, mientras que la oposición política (e intelectual) es partidaria de la S.P.T. La O.M.S. parte del principio de que los gobiernos representan siempre los intereses de la población, mantienen una conducta racional, y están exentos de corrupción. Parece que en muchos países (incluso en la desarrollada Europa) esto no es cierto, y que el nivel de corrupción de la administración pública sanitaria es mayor que su nivel de planificación. Sólo la Estrategia Global reconoce al final la necesidad que tiene la O.M.S. de colaborar con instituciones no-gubernamentales y organizaciones voluntarias.

Las relaciones entre los Estados-miembros y la O.M.S. no pueden ser más irregulares. A menudo los gobiernos *no leen* las recomendaciones de los informes de la O.M.S. (incluyendo la declaración de Alma-Ata y la S.P.T.-2000), tergiversan sus informes sobre la situación sanitaria en su país, e incluso inventan estadísticas. Incluso en algunos países democráticos y desarrollados el gobierno se opone sistemáticamente a las pretensiones de los usuarios, de los movimientos populares, o de los sindicatos, cuando luchan para conseguir una A.P.S. Pocos gobiernos (incluso en Europa) fomentan la participación libre de la población en el sector sanitario a todos los niveles, y a lo sumo aceptan una participación dirigida, elegida a dedo, en minoría, y con una responsabilidad meramente consultiva. En España el sistema sanitario público incluye un órgano consultivo (el *Consejo General del INSALUD*), en donde hasta 1983 la representación del gobierno y los empresarios (dos tercios de los miembros) parecían formar un bloque opuesto a los sindicatos (un tercio de los votos), y a todo deseo de desarrollar la S.P.T.-2000. Aparte, hay numerosos países en donde la política central (a nivel nacional) es de signo diferente a la local (municipios y regiones) o a la de las grandes urbes. Polos opuestos no colaboran (a menudo ni se hablan) y mantienen posturas antagónicas. A

---

<sup>17</sup> Yvo Nuyens, *De eerste lijn is krom: Gezondheidszorg tussen onderzoek en beleid* (Deventer, Van Loghum Slaterus, 1980), 270 págs.

<sup>18</sup> Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid, Akal, 1979), 258 págs.

nivel local la O.M.S. es considerada frecuentemente como un aliado del poder central. Estas diferencias suponen todo tipo de conflictos, entre otros la resistencia del gobierno central a descentralizar el sistema sanitario público.

La O.M.S. mantiene una visión funcionalista y romantizada de los ministerios de Sanidad nacionales. Aconseja que la reforma sanitaria comience por fortalecer el poder del Ministerio de Sanidad, para que coordine y dirija *todos* los cambios del sector sanitario. En bastantes países la tendencia actual es exactamente la contraria a la propuesta por la O.M.S., observándose en ellos: una creciente privatización (sobre todo de la A.P.S.); un deterioro del sector público, que cubre cada vez menos asistencia y una proporción menor de la población; y un incremento notable del consumo farmacéutico a pesar de una política de «tiquet moderador» creciente.

Cada vez se está más lejos de la A.P.S., y las diferencias sanitarias dentro de algunos países son mayores. En España, donde el seguro sanitario público es obligatorio para todos los trabajadores, éstos no pueden luego participar realmente en la planificación de los servicios que se ofrecen. La A.P.S. pública es en general de tan baja calidad que quienes pueden pagar utilizan el sector privado. A principio de la década de los ochenta, el 84 por 100 de los médicos trabajaban para el sector público y el privado, resultando en la cristalización de dos medicinas: una para ricos y otra para pobres. Aquí se aplica el proverbio italiano: «La Medicina es la ciencia que dice al pobre cómo podría curarse si fuera rico»<sup>19</sup>.

En el aspecto financiero, se supone a la ligera que más recursos (y más gasto) significan un nivel de salud mayor. En primer lugar, a partir de un cierto grado, la sanidad tiene una fuerte posibilidad de ser yatrógena (muchos hospitales y muchos médicos «crean» enfermedad). En segundo lugar, gran parte de los recursos son absorbidos por grupos de presión e interés (hospitales, industria farmacéutica, profesión médica, Iglesia Católica, la propia burocracia), y no está claro si revierten o no en la población. Pocos estudios analizan las relaciones entre organización, recursos gastados, y beneficiarios<sup>20</sup>.

Los 37 países más desarrollados del mundo gastan ya de media (según la O.M.S.) 244 dólares anuales per cápita en sanidad, o lo que es lo mismo, el 3,9 por 100 de su producto nacional bruto. No queda claro cómo se va a costear la red adicional de A.P.S., o lograr la S.P.T. antes del año 2000. Modernamente, se tiende a diferenciar *quién paga* de *quién ofrece la asistencia*. Se dan todo tipo de combinaciones (el

---

<sup>19</sup> Giovanni Berlinguer, *Medicina e politica* (Bari, De Donato, 1973), 248 págs.

<sup>20</sup> Federico Bravo y otros, *Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social* (Barcelona, Ariel, 1979), 196 págs.

caso hospitalario español se puede ver en la tabla 6.2). La O.M.S. considera que cualquier forma de financiación es aceptable (Estado, seguridad social, préstamos, pago directo de la población) para obtener la S.P.T.-2000. Sin embargo, algunas de las formas —como el pago directo— suponen un modelo cualitativamente diferente al de la S.P.T.-2000, siendo además un factor adicional de desigualdad social. En España el sistema sanitario público supone ya más de 200 dólares de cuotas per cápita al año, sin que cubra toda la A.P.S., ni los medicamentos, ni a toda la población necesitada. Pero es difícil que se aumenten mucho más los recursos, pues suponen ya una tercera parte del total de la seguridad social. Si los presupuestos generales del Estado para 1982 fueron aproximadamente 3,5 billones de pesetas, el INSA-LUD tuvo un presupuesto de 800.000 millones de pesetas (es decir, entre la cuarta y la quinta parte); presupuesto que además está administrado con criterios aparentemente arcaicos.

TABLA 6.2  
Distribución de pacientes hospitalizados en España en 1980  
(Porcentajes del total de 3,5 millones de pacientes)

Persona o institución que cubre el coste	Hospital que <i>ingresa</i> al paciente:				
	Total	Sanidad y Seguridad Social (a)	Beneficencia		Particulares (d)
			Pública (b)	Privada (c)	
Directamente el paciente (todo o parte) (e)	11,8	4,9	14,8	16,0	19,5
El propio hospital .....	0,8	—	—	2,6	2,3
Seguros libres .....	12,0	1,0	6,1	17,2	33,6
La Seguridad Social .....	69,7	93,9	53,0	61,8	44,0
La Administración Pública Local (f) .....	5,7	0,2	26,1	2,4	0,6
Total .....	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Porcentaje respecto del total .....	100,0	44,0	19,9	11,1	25,6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1980* (Madrid, I.N.E., 1984), pág. 54.

NOTAS: (a) Incluye la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, y el Instituto Nacional de Previsión (actualmente INSA-LUD). (b) Incluye Administración Central y Local, a excepción del (a). (c) Beneficencia particular, Iglesia y Cruz Roja Española. (d) Incluye también «Otros». (e) Tarifa reducida o completa. (f) Diputación y Ayuntamiento.

Nos encontramos con que en bastantes países hay al mismo tiempo enormes necesidades básicas y presupuesto no utilizado, o que no se llega a gastar a final de año. En los hospitales, por ejemplo, hay a veces camas vacías y pacientes en los pasillos. Con ello, si el gobierno aumenta el presupuesto de inversiones (por ejemplo, en A.P.S.), luego es incapaz de realizar esas inversiones, debido —entre otras cosas— a la falta de capacidad administrativa y de personal cualificado. En España, donde las necesidades son considerables, el sector público sanitario (la seguridad social) «ahorraba» dinero todos los años, según

declaraciones oficiales para poder «enfrentar cualquier eventualidad futura». Del presupuesto público de investigación en sanidad sólo se gastó en 1980 el 40 por 100 de los recursos asignados, «ahorrándose» el resto.

El informe S.P.T.-2000, más pesimista que Alma-Ata, reconoce que el sector sanitario por sí solo es incapaz de alcanzar la salud para todos antes del año 2000. Se admiten diversas estrategias: empezar por ofrecer asistencia sanitaria de una calidad mínima a la mayor parte de la población; atender a toda la población incluso con asistencia básica muy limitada; o dedicarse a ciertos grupos de población históricamente más desasistidos. La S.P.T. no supone toda la asistencia sanitaria posible, sino una asistencia básica (la A.P.S.) para toda la población. La A.P.S. es, pues, una primera etapa; y a partir de ella se pasa a los demás niveles del sistema sanitario. Pero dado que nunca se definen los límites exactos de esa asistencia «básica», no es posible luego evaluar su aplicación. Quizá hubiese sido más práctico referirse a la *asistencia sanitaria con personal técnico* (o con título) *para todos para el año 2000*, que es algo más medible.

El nuevo enfoque de la O.M.S. ha generado en algunos países una prisa desorganizada por crear *Centros de Salud* como red paralela a los ambulatorios y dispensarios públicos que ya existen. Se duplica así el gasto y el personal, sin que a veces se mejore el nivel de salud de la población. Indirectamente, esos *Centros de Salud* sirven como bazas electorales a equipos políticos y grupos nacionalistas, o como forma de remediar el paro médico que en algunos países se acerca ya al 20 por 100. Nadie se ha preocupado de evaluar el impacto real de esos centros, normalmente más costosos que eficaces. Además su creación permite al gobierno central el no responsabilizarse de algunas tareas básicas de A.P.S., como son planificación familiar, o higiene mental.

A pesar del desarrollo económico de los países ricos, las desigualdades sanitarias de la población dentro de esos países no han disminuido. En varios casos *el acceso a la asistencia sanitaria (y más aún a la A.P.S.) es inversamente proporcional a la necesidad de las personas de obtener esa asistencia*. Incluso sectores sanitarios públicos (como el español) que cubren el 85 por 100 de la población del país, dejan fuera a los grupos sociales más necesitados: parados, jóvenes, inmigrantes, jornaleros, ancianos, enfermos mentales crónicos, minusválidos, ilegítimos, etcétera. No cubren tampoco la mayor parte de lo que se entiende por A.P.S., negándose, por ejemplo, a proveer servicios de planificación familiar. El informe de la S.P.T.-2000 abandona el objetivo de «disminuir las desigualdades» que se había acordado en Alma-Ata. En la práctica, la Estrategia Global no plantea una distribución «igual» de recursos sanitarios a toda la población. Desde una perspectiva sociológica

hubiera sido necesario definir al menos tres tipos de desigualdades básicas: por clases sociales, regiones, y estratos rurales-urbanos <sup>21</sup>. Habría que añadir además la discriminación sexual todavía dominante en el mundo incluso en la mayoría de los países desarrollados, y sobre la que la O.M.S. dedica poca atención.

La participación de la población según la O.M.S. es fundamentalmente un sistema para lograr el apoyo popular que precisa el programa de S.P.T.-2000. El tema es formulado siempre en forma paternalista. Se propone, por ejemplo, enseñar a la población sobre los problemas sanitarios del país, montando una campaña propagandística de arriba-abajo. No se articulan canales reales de participación (no meramente de «personalidades» con objetivos consultivos), ni el papel de los sindicatos (sanitarios y generales), ni los casos especiales de pacientes hospitalizados, ancianos, infancia, enfermos mentales, crónicos <sup>22</sup>. La planificación que se propone es supuestamente conforme a las *necesidades* de la población; sin embargo, no se especifica ningún modelo para conocer esas necesidades ni siquiera las demandas de la población.

Se ha acusado a la O.M.S. de que su creencia en que es posible llegar a la S.P.T. en el año 2000 es ingenua <sup>23</sup>. Los éxitos «diplomáticos» de la campaña (apoyada por las Naciones Unidas, U.N.I.C.E.F. otros organismos internacionales, y las potencias mundiales) no han tenido proyección sobre la población real. Un problema es que se han ignorado los obstáculos y limitaciones principales: los intereses de la industria farmacéutica multinacional, el monopolio de la profesión médica, los hospitales, las ideologías natalistas de la Iglesia Católica, las empresas productoras de equipamiento técnico biomédico, el sector privado en general, y la propia burocracia sanitaria. La evaluación que se propone es limitada: tan sólo a través de un conjunto de 12 indicadores que no valen para medir las desigualdades sociales intranacionales.

Si bien la política de S.P.T.-2000 no consigue disminuir las diferencias sanitarias en el mundo, al menos es muy posible que llegue a cambiar la estructura de la O.M.S., lo que ya es un adelanto <sup>24</sup>. Antes del año 2000 se va a demostrar la eficacia real de la O.M.S., y si con sus

<sup>21</sup> Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region: A Comparative Analysis of the Health Systems of Portugal, Spain, Italy, and Yugoslavia* (Ann Arbor, Michigán, University Microfilms, 1976), 2 vols., 758 págs.

<sup>22</sup> J. M. de Miguel, «Salud para todos: Hacia un modelo de participación comunitaria en el sector sanitario español», en *Segundas Jornadas Federales de Salud y Política Local* (Madrid, 22-23 de noviembre 1980), 36 págs.

<sup>23</sup> *Medicina Democrática. Movimento di Lotta per la Salute* (Milán), núm. 20 (1980) y otros números.

<sup>24</sup> *World Health Forum*, vol. 2, núm. 1 (1981), especialmente los artículos de H. Mahler, L. M. Howard y M. Musthafa.

cuantiosos recursos es capaz de hacer variar el nivel de la salud de la población mundial. En este reto los países desarrollados tienen una responsabilidad estratégica.

#### LA PROBLEMÁTICA EUROPEA.

Para la O.M.S., África no comienza en los Pirineos, sino que Europa termina en el Sahara. Los países desarrollados europeos gastan entre un 6 y un 10 por 100 de su producto nacional bruto en sanidad, la mitad aproximada de esos recursos en hospitales. Las diferencias son erráticas, lo que sugiere que el nivel de salud de la población en Europa no depende ya de los recursos sanitarios que se gastan sino de la organización y extensión del sistema sanitario, así como de la estructura general de la sociedad. A veces se cree que no existen problemas sanitarios graves en Europa. Sin embargo, las diferencias norte-sur son considerables; los desequilibrios por clases sociales no parecen disminuir; y todavía hay zonas rurales y urbanas-periféricas con carencias asistenciales básicas.

La aplicación de la política de la O.M.S. a Europa parte del informe de Leo A. Kaprio, presentado en la reunión de Alma-Ata en 1979<sup>25</sup>, aunque sugiera que la A.P.S. va dirigida fundamentalmente a los países en vías de desarrollo y no a Europa. Sin embargo, la sorprendente conclusión del informe Kaprio es que la A.P.S. está poco y mal desarrollada en los países europeos, y que sufre una fuerte oposición política y resistencias estructurales. Es necesario todavía una planificación sanitaria conforme a necesidades, lograr la participación de la población, y conseguir la coordinación entre la A.P.S. y el resto del sector sanitario. Con los datos de 25 países europeos se realizó en 1980 una primera formulación de la estrategia europea para conseguir la S.P.T.-2000<sup>26</sup>. La contribución de la *sociología* a la política sanitaria internacional se resume en dos reuniones, en la sede de la O.M.S. en Copenhague: un pequeño congreso en noviembre de 1980<sup>27</sup>, y una breve pero importante comunicación de Raymond Illsley en el *European Advisory Committee for Medical Research* en junio de 1981<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> Leo A. Kaprio, *Primary Health Care in Europe* (Copenhague, W.H.O. Regional Office for Europe, 1979), 41 págs.

<sup>26</sup> W.H.O. Regional Office for Europe, *Regional Strategy for Attaining Health For All By the Year 2000* (Copenhague, W.H.O. Regional Office for Europe, 1980), 37 págs.

<sup>27</sup> W.H.O. Regional Office for Europe, *Contribution of Sociology to Programme Development in the Regional Office for Europe* (Copenhague, W.H.O. Regional Office for Europe, 1980), 12 págs.

<sup>28</sup> Raymond Illsley, *The Social Science Contribution to Health Research* (Copenhague, W.H.O. Regional Office for Europe, 1981), 6 págs.

El desarrollo —como ya sugeríamos antes— puede convertirse en el mayor obstáculo para lograr un sistema sanitario más *primario* (que aplique la A.P.S.) y más *justo* (que disminuya los desequilibrios sanitarios de la población). En los países europeos la asistencia «médica» (no necesariamente la «sanitaria») está muy desarrollada y cristalizada, y difícilmente se pueden producir cambios estructurales básicos. Los países ricos no ofrecen, pues, un modelo sanitario apropiado a los pobres, y es posible que pronto llegue a ser al revés. Desgraciadamente, los países en vías de desarrollo tienen que realizar su «transición sanitaria» precisamente cuando la situación económica mundial es desfavorable; algo que no ocurrió a los países ricos cuando pasaron por una situación similar.

El sector médico en Europa está dirigido a un desarrollo tecnológico que no se refleja luego en una mejor utilización de recursos ni en una organización más barata. Los países europeos muestran además una gran *variedad de modelos* sanitarios y de distribución de recursos. A nivel nacional se observa una fragmentación de la asistencia según: diversos ministerios, administración central *versus* local, instituciones que pagan, centros que realizan la asistencia, grupos de población (asegurados y no), y tipos de enfermedad (todavía existe una división radical entre enfermedad somática y mental). Hay poca conexión entre asistencia primaria, secundaria y terciaria. Los servicios no aparecen coordinados, lo que supone un gasto de recursos debido a *duplicación*, y a *utilización* tecnológica excesiva (como es el propio uso masivo de recursos médicos). A pesar de la multiplicidad de modelos y la fragmentación de los servicios, sorprende que la estructura básica del sector sanitario no parece cambiar mucho. En España, desde hace décadas, el sector sanitario público cubre el 70 por 100 del mercado, y el privado el 30 por 100 restante. Se han producido cambios aparentes (como el desarrollo de los hospitales de la seguridad social, y el deterioro del resto del sector público), pero no en el equilibrio general de fuerzas dentro del sector <sup>29</sup>.

La reorientación del sistema de asistencia sanitaria europeo que se propone incluye dos hipótesis: que el modelo antiguo no funciona bien, y que cambiando la organización se va a producir un cambio beneficioso en el nivel de salud de la población. Ambas hipótesis no aparecen suficientemente probadas (no significa que sean falsas). Como punto de partida, la O.M.S. recomienda a los países europeos pasar de la «asistencia médica» a la «asistencia sanitaria». En una segunda etapa se trata de crear una A.P.S. multidisciplinar, que integre servicios

---

<sup>29</sup> Jordi Gol Gurina y otros, *La sanitat als Països Catalans: Crítica i documentació* (Barcelona, Edicions 62, 1978), 192 págs.

sociales, se dedique a la educación sanitaria, en la que participe la población, y desarrolle el papel del individuo y la familia.

El sector sanitario está dirigido por la profesión médica, y sobre todo por un segmento de ella que se dedica además al sector privado. El papel del *médico general (de familia, o de cabecera)* es reducido y poco prestigioso. Así, la A.P.S. es en varios de los países europeos lo contrario de lo que debería ser: un sector privatizado, bajo esquemas individualistas, con poco diagnóstico, y mucha receta farmacéutica, y carencia de educación sanitaria. En el sector público, muchos ambulatorios no tienen acceso a camas hospitalarias, y bastantes hospitales no están conectados con consultas ambulatorias. Los hospitales se utilizan como sistemas caros para suplir las deficiencias de A.P.S. en una zona. Los servicios de urgencias de los hospitales se convierten en sistemas de acceso masivo a consultas no-urgentes.

En Europa hay médicos más que suficientes como para que todos los aspectos sanitarios sean re-definidos como «médicos», desde los partos naturales, sanidad preventiva, educación sanitaria, administración de hospitales, dirección de centros-de-salud, e investigación epidemiológica, hasta la propia planificación sanitaria global. La *medicalización* de la sanidad, y la relativa *plétora de médicos* contribuyen a hacer más difícil la organización de la A.P.S. Esto se produce en Europa cuando el cambio de morbilidad (hacia enfermedades cardiovasculares, cáncer, y accidentes), y el progresivo envejecimiento de la población, hacen que la medicina sea menos hábil que nunca para solucionar los problemas sanitarios de la población.

El informe Kaprio realiza una crítica aguda a algunos de los *Centros de Salud* que están proliferando en Europa, señalando que esos movimientos supuestamente «de base», se dedican fundamentalmente a asistencia curativa, están dirigidos por médicos, el trabajo verdaderamente en equipo es raro, y apenas se combina asistencia sanitaria con asistencia social. En algunos casos la popularización de los *Centros de Salud* ha supuesto duplicar recursos creando una estructura paralela (empeorando la anterior), emplear más médicos, privatizar, y utilizarlos con propósitos no sanitarios.

Se observa la llamativa falta de *trabajo en equipo*, y todavía en Europa la figura de un médico trabajando en solitario es usual. En las ocasiones en que existe un equipo se refiere a un grupo pequeño, dirigido por un médico. Esta situación anómala depende de diversos factores: del individualismo prevalente en la cultura occidental (mayor aún en el sur de Europa), de la oposición social a la práctica en grupo, y de los propios acuerdos de la organización sanitaria pública. Esta situación es poco favorable a la participación de la población y menos aún a que el *paciente* forme parte del equipo de trabajo.

Históricamente la larga lucha de la profesión médica contra el intru-

sismo y el gradual crecimiento del monopolio médico a todas las áreas sanitarias (y algunas no sanitarias) explica que los países europeos no puedan ofrecer modelos exportables de participación de la población. Como la A.P.S. está privatizada, en bastantes casos la participación es escasa e imperfecta. Los movimientos de *auto-ayuda* están también poco desarrollados. El sistema sanitario se ha ido diseñando conforme a las aspiraciones del personal sanitario (sobre todo del personal médico) y no a las necesidades de salud de la población.

Europa es un buen ejemplo de que *más recursos* no significan un *acceso mejor* a esos recursos sanitarios. Así mismo el acceso no supone una *utilización* racional de los recursos. Aunque esto se consiguiese, no se produce automáticamente un nivel *igual* de salud en la población, entre otras cosas porque ello requeriría una utilización desigual. Incluso si se cumplen los cuatro requisitos, no se puede asegurar que las *diferencias* sociales y sanitarias decrezcan. Nuestra sospecha es que el sector sanitario existente en muchos países es un factor más de desigualdad dentro de la sociedad, en vez de ser lo contrario. Los presupuestos aumentan no tanto para cubrir las necesidades de los pacientes como para calmar el voraz apetito de los grupos de presión dentro del sector sanitario. Cada vez hay más datos que hacen sospechar que el sistema sanitario puede ser yatrógeno en determinadas circunstancias.

Una cantidad apreciable de la morbilidad en Europa está causada por la conducta del propio individuo (lo que ahora se denomina su «estilo de vida»). La O.M.S. mantiene una opinión curiosa sobre la Sociología, como ciencia útil para cambiar las actitudes y conductas de las personas, o para promover la participación de la población. Dicho sea de paso, son dos tareas que la mayoría de los sociólogos en Europa tenemos en poco aprecio o consideramos nefastas. Por una parte, existen dudas sobre la eticidad de querer cambiar conductas voluntariamente decididas, o culturalmente aceptadas. En segundo lugar, los científicos sociales no saben muy bien cómo lograr esos cambios, y los intentos realizados han sido poco fructíferos. A su vez, muchas de esas conductas son hábitos generados por la propia sociedad de consumo (tabaco, bebidas alcohólicas, dulces, leche en polvo, comidas infantiles preparadas), de difícil cambio aunque se conozcan sus efectos negativos. La O.M.S. no se preocupa tampoco de cambiar la *imagen negativa de la enfermedad* o del paciente, en parte generada por el propio sector sanitario público.

Para lograr un modelo sanitario ideal, conviene partir de una serie de *hipótesis-de-trabajo* sobre las que los sociólogos de la medicina (y de la salud) deberíamos trabajar en los próximos años: *a)* El propio desarrollo es el mayor obstáculo para la creación de un sistema sanitario que alcance a todos y disminuya las desigualdades. *b)* El avance médico ha habituado a la población al especialismo, medicalización, y

asistencia curativa, que suponen un problema difícil de superar. *c)* Los países pobres pueden enseñar a los países ricos cómo organizar mejor su sanidad. *d)* El papel de la O.M.S. (aunque indudablemente valioso y estimable) ha sido débil, lento, e indeciso. No se trata de trabajar hacia la *Salud Para Todos en el año 2000*, sino hacia un modelo sanitario *único, público, y gratuito*. *e)* Conviene cambiar la estructura de la O.M.S., y de los ministerios de Sanidad de los países, para que representen los intereses reales y necesidades de la población, y no solo los de los gobiernos establecidos o los del poder médico internacional. *f)* No se trata de saber qué es lo que los médicos, sociólogos, y otros técnicos podemos hacer para solucionar los problemas sanitarios de la población, sino qué es lo que las personas pueden además hacer por ellas mismas.

El caso europeo demuestra que no se trata de gastar más recursos sino de organizarlos mejor, y de llegar a aplicar un modelo que llegue a todos. Se han realizado estudios sobre dónde invertir más recursos, pero muy pocas investigaciones sobre dónde extraer esos recursos. El análisis de los países de Europa indica que se puede reducir el número de hospitalizaciones, de estancias, la utilización de especialistas y el equipo tecnológico, y en general el número de horas de trabajo médico. La crítica fundamental a la O.M.S. es que el objetivo del año 2000 no debiera ser la ambigua «salud-para-todos» sino el conseguir en el mundo un *sistema sanitario único, público, y gratuito*.

PARTE III

PLANIFICACIÓN DE POLÍTICAS  
CONCRETAS



## CAPÍTULO 7

### PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ACTITUDES DE LA MUJER

En España, el control de natalidad es un proceso tardío, débil, y diferente respecto del resto de los países europeos. Es un país en el que todavía menos de la mitad de las parejas controlan la natalidad, y menos de una de cada cuatro practica un método *eficaz de contracepción* (frente a tres de cada cuatro parejas en otros países desarrollados). La hipótesis básica es que la tasa de control de natalidad depende fundamentalmente de factores socio-económicos, pero que los métodos que se escogen vienen condicionados por variables culturales. Es más, cada nación parece tener sus métodos castizos de controlar la fecundidad relacionados con su historia social reciente. España es, sin duda, país de pronunciamientos políticos y de coitos interrumpidos; un pueblo sin *follow up*.

Mantiene un crecimiento vegetativo bastante estable, alrededor del 1 por 100 anual; es decir, relativamente bajo en el contexto mundial, pero algo mayor que la media europea. Los nacimientos representan el 13 por 1.000 de la población cada año, y los fallecidos el 7 por 1.000. La tasa de natalidad es mayor sobre todo en Andalucía y Canarias. Nacen aproximadamente un 52 por 100 de varones. La ilegitimidad —sobre todo para ser un país latino— es baja, alrededor del 2,2 por 100 y concentrada fundamentalmente en Galicia, y en las islas (Baleares y Canarias). La proporción de partos múltiples es también normal (1,7 por cada 100 nacidos vivos).

La población de mujeres en edad fértil (15 a 49 años como pauta normal) es aproximadamente de 9,2 millones, o sea el 47 por 100 del total de mujeres en el país. Aproximadamente las dos terceras partes de ellas están casadas. En 1976, hubo en total 678.810 partos, 0,86 por 100 de los cuales fueron múltiples. Todavía un 4,1 por 100 de los nacimientos pertenecían a mujeres de más de 40 años de edad. Casi todos

los partos se realizan en la actualidad en un centro sanitario (hospital público el 60 por 100, clínica o maternidad privada el 40 por 100) —es decir, el 83 por 100 en 1976— y el 17 por 100 en el domicilio, generalmente *con* asistencia sanitaria. En total tan sólo un 0,8 por 100 de los partos se realizan *sin* la asistencia de personal sanitario cualificado; cifra que, aunque parece pequeña, todavía supone 5.621 partos al año sin una atención técnica mínima. En España, la forma más efectiva de reducir la natalidad ha sido el retraso en la edad de matrimonio<sup>1</sup>; pero no puede considerarse como un «método» de control de natalidad ideal. Todavía en la actualidad un 27 por 100 de las mujeres se casan a los 25 años de edad o mayores. La no existencia de divorcio hasta hace unos años hace que esta media sea incluso más importante, ya que la inmensa mayoría de matrimonios (el 98 por 100) son entre soltera y soltero<sup>2</sup>.

Pero no sólo existe un retraso llamativo en las prácticas de control de natalidad, sino también en el análisis de sus causas y consecuencias. No fue hasta 1964 que se iniciaron los primeros estudios, imperfectos; y no es hasta 1977 que se estudian por vez primera las pautas de contracepción de la población total (y no sólo las actitudes). A pesar de ello, se tardan tres años más en analizar esas pautas y comentar los únicos datos fiables.

Hacia 1977 el Instituto Internacional de Estadística, con el apoyo de las Naciones Unidas, promovió un estudio internacional comparativo sobre pautas de fecundidad y control de natalidad. El Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) español se encargó de la realización de una encuesta a 5.814 mujeres, casadas alguna vez, de 15 a 49 años de edad. Las entrevistas se realizaron entre los meses de noviembre y diciembre de 1977, y el informe final *Encuesta de fecundidad: Metodología y resultados* fue publicado en mayo de 1978<sup>3</sup>. Se editó además un fo-

<sup>1</sup> Para un análisis detallado de esta pauta española, véase Amando de Miguel y otros, *La pirámide social española* (Barcelona, Ariel, 1977).

<sup>2</sup> Sólo un 1,0 por 100 de los matrimonios son entre soltera y viudo; el 0,5 por 100 entre viuda y viudo, y el 0,3 por 100 entre viuda y soltero. Es llamativo que las viudas se casan menos que los viudos, a pesar de haber muchas más.

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de fecundidad: Metodología y resultados* (Madrid, I.N.E., 1978), 227 págs. (más anexos). La citada encuesta, a pesar de los «retosques» a que fue objeto en España, fue atacada por sectores conservadores: «El compromiso a que había llegado la Dirección del I.N.E. fue visto con recelo por determinados grupos sociales que iniciaron una campaña contra esta investigación esgrimiendo argumentos legales y mediante una campaña de prensa» (pág. 8). No se pudieron incluir preguntas sobre métodos concretos de control de natalidad (salvo los mencionados de *motu proprio* por la entrevistada). Se continuó afirmando que la encuesta iba a «constituir un asalto a la vida íntima de los matrimonios con objeto de divulgar unos métodos que incluso podían acarrear descomposición familiar» (sic) (pág. 10). Un análisis detallado aparece en Juan Diez Nicolás y Jesús M. de Miguel, *Control de natalidad en España* (Barcelona, Fontanella, 1981).

lleteo —de supuesta difusión popular— con algunos de los datos más importantes <sup>4</sup>. La población total a investigar suponía 5,2 millones de mujeres-no-solteras, obteniéndose al final aproximadamente 1,1 entrevistas por cada 1.000 mujeres (no-solteras), de 15 a 49 años de edad, de todas las regiones de España <sup>5</sup>. Los datos de esta encuesta son los mejores que en este momento poseemos sobre el control de natalidad en España.

#### PAUTAS DE CONTROL DE NATALIDAD.

El análisis, tanto de las pautas de control de natalidad como de los métodos concretos de contracepción en España, lleva a definir doce hipótesis sustantivas.

*Espaciamiento además de limitación:* La noción de control de natalidad contiene, al menos, dos procesos: el de *espaciamiento* de los nacimientos entre sí, y entre el matrimonio y el primer embarazo; y el de la *limitación* del número total de hijas e hijos que se desean tener. En España, donde el control de natalidad es tardío y débil, se tiende moderadamente a limitar los nacimientos, pero sólo en una minoría de casos a espaciarlos voluntariamente. La proporción de parejas que practican el control de natalidad antes del primer embarazo es muy baja, y así el *intervalo protogenésico* es corto. Desciende, eso sí, el número total de nacimientos que se tienen, pero no las pautas de cuándo, y cómo, tenerlos. Sólo en algunos pocos centros desarrollados-y-urbanos (Barcelona y Madrid sobre todo) se inicia ya la pauta de espaciamiento, primero separando racionalmente los nacimientos entre sí, y posteriormente retrasando el primer nacimiento. Se observa así un complicado proceso, que va pasando, aproximadamente, por las siguientes etapas:

- a) Ningún control de natalidad racional; no se planifica ni la limitación ni el espaciamiento de los nacimientos.
- b) Se empieza a limitar el número total de nacimientos que se desean.
- c) Se trata de espaciar los embarazos, especialmente a partir del primer nacido-vivo.

<sup>4</sup> I.N.E., *La fecundidad en España: Diciembre 1977* (Madrid, I.N.E., 1978), 45 págs. Salvo este breve comentario de la citada encuesta, el I.N.E. sólo publicó las tablas estadísticas (y no todas), sin un análisis posterior.

<sup>5</sup> Aun cuando el estudio original se refiere constantemente a «mujeres-no-solteras», tan sólo un 2,2 por 100 de la muestra son viudas, y un 0,9 por 100 son separadas o divorciadas. Por ello hemos preferido aquí referirnos en sentido amplio a «mujeres casadas», pues el 97 por 100 están todavía casadas, y generalmente sólo una vez. Tan sólo un 0,4 por 100 de la muestra se refiere a mujeres que han estado dos veces casadas, y en la muestra no hay casos de tres o más matrimonios.

- d) Se produce un aumento sensible del intervalo protogenésico (duración entre el matrimonio y el primer nacido-vivo).
- e) La combinación de las pautas de limitación, espaciamiento, y retraso del primer nacimiento se empieza a corregir mediante sistemas de control de alta eficacia (pastilla, D.I.U., esterilización) y cada vez menos, mediante sistemas tradicionales.
- f) Se produce un aumento sensible del número de esterilizadas, y cada vez es mayor la tasa de vasectomías (esterilizaciones masculinas).

España se encuentra todavía en la tercera etapa; el intervalo protogenésico es todavía muy corto. Más de la mitad de las parejas tienen el primer nacido-vivo durante el primer año de casados (la media es de 17 meses) y sólo una minoría (una de cada siete parejas) controla la natalidad durante ese intervalo. Es por ello por lo que el mejor indicador actual de cambio sería *la proporción de parejas que controlan la natalidad, por un método de alta eficacia, durante el intervalo protogenésico*, hasta que deciden tener un embarazo. Otro indicador aceptable sería *la duración del intervalo protogenésico, en años*.

*El criterio de la irracionalidad:* La práctica del control de natalidad no sigue a situaciones de deseo de limitación de nacimientos, sino a variables familiares estructurales (edad de la mujer, nivel de estudios, ocupación, años de matrimonio, clase social, etc.). Menos de la tercera parte de las parejas ha hablado alguna vez sobre el tema del número total de hijas e hijos que desearían. Más aún; no existen diferencias significativas de pautas de control de natalidad (ni métodos concretos de contracepción) según el deseo o rechazo de un posible embarazo. Esto es más llamativo si tenemos en cuenta que la proporción de parejas que controlan la natalidad es baja (menos de una de cada dos parejas). Tampoco varían las prácticas de control conforme al número de hijas o hijos que ya se tienen, ni si la mujer trabaja fuera del hogar. Sólo entre las mujeres más jóvenes parece que el hecho de tener ya varios nacimientos, o trabajar (fuera del hogar), representa una diferencia sensible. No es, pues, de extrañar que no exista una adecuación entre el deseo y la realidad: el número de hijas e hijos que se quería tener y el que luego se termina teniendo. El hecho de que el control de la natalidad *no* dependa del número de hijas e hijos que ya se tienen, ni de los deseos de un embarazo futuro, tiene otra explicación sociológica. Se considera todavía que el sexo y la fecundidad no son actos racionales; al contrario, que sólo se disculpan si son pasionales, impulsivos, y no premeditados racionalmente. Sin embargo, aunque no se apliquen esquemas racionales al sexo y la fecundidad, los resultados sí son analizados con realismo. Nos encontramos así con que cerca de un tercio de las mujeres-casadas no deseaban su último embarazo, y que casi las

dos terceras partes no desean otro nacimiento. A pesar de ello, menos de la mitad de las parejas controlan la natalidad, y sólo una cuarta parte por un método realmente eficaz. La mitad, pues, de las mujeres que no desean otro nacimiento terminan embarazadas.

*Eficacia versus seguridad:* En la utilización de métodos de control de natalidad conviene distinguir entre *eficacia* y *seguridad*. Un método cualquiera es «eficaz» si evita el nacimiento (o el embarazo); es «seguro» si no tiene efectos secundarios, y sobre todo si la tasa de mortalidad es baja. Por otra lado, en España, la baja utilización de métodos eficaces (píldora, D.I.U., esterilización), refleja en el fondo la indecisión de las parejas sobre si tener o no más embarazos, y sobre todo cuándo tener el último nacimiento. *La eficacia real*, es decir, del uso en la práctica, es baja; una de cada seis mujeres quedó embarazada a pesar de haber utilizado un método de contracepción. Estas mujeres ya no cambian a métodos más eficaces; sólo las jóvenes, con baja fecundidad, practican métodos eficaces. Estos métodos eficaces no sólo son más racionales, sino que no están relacionados directamente con el coito, con lo que su aceptación debería ser más fácil. La solución a esta aparente contradicción es que (salvo en Barcelona o Madrid) algunos métodos de alta eficacia están todavía prohibidos en España. Además, todo hace sospechar que *cuanto más eficaz es un método de control de natalidad, tanto mayor es la oposición del gobierno, y menor es la colaboración de la profesión médica establecida*. El método más eficaz (y curiosamente también el más seguro) es la vasectomía —o esterilización masculina—, prácticamente desconocida en España.

*Importancia de los factores socioculturales:* Las pautas de control de natalidad en España no dependen de variables de fecundidad sino de factores sociales estructurales. Los dos factores que explican el pasado retraso y la hasta hace poco tiempo baja incidencia del control de natalidad han sido el régimen surgido de la guerra civil y la ideología católica integrista oficial. En términos generales, la variable que mejor explica el *conocimiento* sobre métodos de control de natalidad es la clase social; la *utilización en el pasado* es la edad; y la *utilización actual* es la educación de la mujer y el lugar de residencia de la familia. Todo ello hace suponer que el control de natalidad es una pauta asociada estrechamente, por un lado al desarrollo socio-económico, y por otro, a los procesos de urbanización. Así se observa que Barcelona y Madrid adoptan las posturas más progresivas (son, por ejemplo, las dos áreas donde el consumo de píldora es mayor); y que las comunidades más conservadoras son las «ciudades medias» (10.000 a 50.000 habitantes), y sobre todo del «macizo de la raza».

*Pauta de mujeres jóvenes-maduras:* La edad es una de las variables que introduce más cambios en las opiniones y conducta sobre el control de natalidad. Esto supone, de entrada, que los procesos de cambio

en la actualidad son rápidos, y que todavía la situación no se ha estabilizado. Las personas jóvenes tienen, pues, poco en común con las de más edad, lo que explica el alto nivel de desacuerdo, y polémica, dentro de la población. Todo hace suponer que hacia el año 2000 las actitudes serán más homogéneas, y que eso permitirá la legalización de los métodos más eficaces (D.I.U., esterilización, e incluso la interrupción voluntaria del embarazo). En la actualidad, las personas jóvenes no sólo controlan *más* la natalidad sino *mejor*, es decir, con mayor eficacia respecto al control (aunque no necesariamente con mayor seguridad respecto a su salud). La variable edad es tan importante que se llega a producir una falacia ecológica típica: *las mujeres que desean otro embarazo, controlan más la natalidad que las que no desean otro embarazo*. La aparente contradicción depende de una pauta de jóvenes-maduras que se produce; es decir, la tendencia de las mujeres jóvenes a no controlar la natalidad porque todavía desean más nacimientos para completar la familia; y de las mujeres maduras, a no controlar, porque son tradicionales y nunca han controlado antes.

*Ignorancia de los pobres, ideología de los ricos:* Junto al nivel global de desarrollo (crecimiento económico y urbanización), el factor que mejor explica las variaciones de control de natalidad es la clase social (como combinación de indicadores: ocupación, educación, renta). Cuanto más alta es la clase social, y sobre todo el nivel de educación de la mujer, tanto mayor es también el control de natalidad. Esto supone un alto nivel de desigualdad social, en perjuicio de las clases bajas. La población con menos recursos económicos controla menos la natalidad, utiliza métodos menos eficaces y menos seguros, tiene más embarazos no queridos, seguramente más abortos ilegales no realizados por personal sanitario técnico, una mortalidad materna más elevada (por parto y por aborto), y a pesar de todo tiene más nacimientos-no-deseados. Precisamente por eso llama la atención que sean las clases altas, y la propia profesión médica, quienes se opongan a una mejor distribución social de recursos de control de natalidad entre la población. Se produce en España una *pauta pobres-ricos*, en que los dos extremos de la pirámide social tienen bastantes hijas e hijos: los ricos, por motivos ideológicos tradicionales (políticos y religiosos); y los pobres, por ignorancia. Curiosamente, los dos extremos se parecen: los cuadros superiores urbanos y los jornaleros rurales. La variable *educación de la mujer* es la que más discrimina en la actualidad, por encima de la religiosidad y clase social.

*Influencia pública y rechazo privado:* La influencia considerable de la Iglesia Católica en las políticas generales de control de natalidad no se refleja en la conducta privada de las personas, ni siquiera en aquellas que se autodenominan como «católicas-practicantes». El método del *ritmo* (el único permitido por la Iglesia Católica) es utilizado como sis-

tema de contracepción por una proporción pequeña de parejas (una de cada diecisiete), no muy superior a otros países no-católicos. Por otro lado, un tercio de las mujeres casadas, y que se consideran católicas-practicantes, controlan la natalidad por algún método prohibido por la Iglesia Católica. Se nota tan sólo una cierta influencia de la religiosidad en las mujeres que todavía no han quedado nunca embarazadas. Entre las que tienen ya hijas o hijos el factor religiosidad no sólo no reduce la práctica contraceptiva sino que a veces parece aumentarla. Lo mismo sucede en las clases bajas. Sólo en las clases altas, estratos muy urbanos, y niveles altos de educación parece que la religiosidad mantiene una influencia sensible sobre la conducta contraceptiva. Todo parece indicar que la ideología católica sólo es un factor relevante en aquellos grupos en donde la capacidad de decisión sobre la fecundidad es mayor.

*Tipología de conductas:* La forma concreta de control de natalidad no es indiferente respecto de sus objetivos (limitación *versus* espaciamiento) ni de sus características (eficacia *versus* seguridad). Es factible, pues, llegar a una tipología de métodos de contracepción que depende de factores socio-culturales. Los diversos métodos de contracepción se pueden agrupar en tres tipos, que indican, a su vez, tres conductas determinadas: *primitivos* (poco o no-eficaces, que no permiten ni la limitación real ni el espaciamiento racional); *tradicionales* (poco eficaces pero seguros, conformes con la moral y las normas culturales); y *modernos* (en general de alta eficacia: píldora, D.I.U., y esterilización; con problemas de seguridad pero que permiten tanto la limitación como el espaciamiento). Dentro de esta tipología habría que tener en cuenta un cuarto grupo, las parejas que *no* utilizan ningún método. Curiosamente estos grupos coinciden, aproximadamente, con una evolución histórica del control de natalidad en la sociedad.

*La paradoja del retraso moderno:* No sólo el cambio de actitudes sobre el control de natalidad ha tenido un impacto sobre la utilización de métodos, sino que el descubrimiento de nuevos métodos (o su perfeccionamiento) ha supuesto cambios importantes en las pautas de control de natalidad. El caso más claro es el de *la píldora*, cuya entrada en España ha permitido un aumento considerable de parejas que controlan por un método eficaz. Sin embargo, su utilización no ha venido acompañada de una revisión médica y sanitaria suficiente. Se da la paradoja de que ahora que el uso de la píldora se pone en cuestión en el resto del mundo, es cuando más a ciegas se acepta en España. La actitud (y responsabilidad) de grupos progresistas, populares, y feministas es ambigua, pues por un lado se defiende la píldora (como forma de controlar el propio cuerpo y permitir una sexualidad más libre), y por otro lado se ataca (por sus efectos secundarios, mortalidad, y por ser la mujer la que carga con las consecuencias). Es parte de la pauta de que los métodos se comercializan en España precisamente cuando su con-

sumo empieza a descender (relativamente) en el resto del mundo, o cuando los controles técnicos (médico-farmacéuticos) en otros países encarecen mucho el producto. De todas formas el problema no es todavía agudo; la mayoría de las mujeres que ingieren la píldora la llevan tomando menos de tres años. Se puede predecir, pues, que el uso va a aumentar todavía durante unos años (hasta un máximo de la cuarta parte de las parejas en edad fértil) para luego descender, y ser utilizado solamente por mujeres jóvenes, no fumadoras, en muchos casos solteras, y con propósitos sobre todo de limitación total. Las otras dos alternativas eficaces (D.I.U. y esterilización) aumentarán entonces, partiendo de su bajísima utilización actual.

*La sociedad estéril:* Llama la atención que la esterilización, que en el resto del mundo es un método cada vez más popular de *limitación* de la natalidad (por obvias razones no lo es de *espaciamiento*), apenas si se utiliza en España. En concreto, la *vasectomía* (esterilización masculina) no es sólo de gran efectividad y seguridad, sino que es el único método de alta eficacia accesible a varones; pero apenas se utiliza en cinco casos cada diez mil varones (en edad fértil). La mayoría de las (pocas) esterilizaciones femeninas que se realizan son «por razones médicas», es decir, supuestamente sin fines contraceptivos. Sin embargo, todos los datos nos indican que muchas de ellas encubren objetivos directos de contracepción. La utilización de la esterilización como forma de control de natalidad supone un cambio radical en la forma de entender las relaciones de fecundidad, e incluso la estructura familiar. No sólo se acepta la alteración racional y voluntaria de los procesos de fecundidad (es decir la contracepción), sino que hay que aceptar la decisión racional de no tener más descendencia —y convertirse en una persona estéril— a una edad relativamente temprana (cada vez más temprana). Sociológicamente lo que más llama la atención es que esta actitud prospere, precisamente, en grupos sociales en que la tendencia actual es a dudar de las decisiones, a considerar las uniones matrimoniales cada vez más como temporales, y a defender la reversibilidad de todas las decisiones personales y profesionales.

*Los abortos imparables:* Desde un punto de vista científico el control de natalidad incluye el control del embarazo, pero no el del nacimiento; es decir, que no incluye la *interrupción voluntaria del embarazo* (I.V.E.). Dado el rechazo a la I.V.E. todavía en España, y a sus estatus de ilegalidad hasta muy recientemente, la posibilidad de conseguir datos fiables es mínima. Tampoco debe extrañar esto, pues los primeros datos fiables sobre contracepción no se publicaron hasta 1978. El evitar la I.V.E. va a ser uno de los argumentos más utilizados a partir de ahora, no sólo para legalizar los métodos de contracepción, sino incluso su difusión, y su financiación pública en algunos casos. Paradójicamente, en una primera etapa esta liberalización va a suponer

un aumento (y no una reducción) de la I.V.E., lo que puede incluso producir un aumento sensible de la mortalidad femenina. Es decir, que el propio deseo de reducir la I.V.E. va a aumentarla, con lo que las polémicas en torno al tema van a ser importantes. Estamos de acuerdo en que «la completa eliminación de la I.V.E. a través del uso efectivo de contraceptivos es un objetivo distante y probablemente no obtenible»<sup>6</sup>, pero ciertamente deseable.

*El consumismo controlador:* El control de natalidad no hace más que reflejar los cambios de la estructura social española, y las transformaciones culturales del papel de la mujer. Una sociedad más capitalista, hedonista, e incluso «narcisista», como es la de los años ochenta, tiene forzosamente que producir un mayor consumo (o «consumismo») de todo, incluyendo relaciones sexuales y control de natalidad. En ese sentido, el control de natalidad va por delante de las leyes (como se ha visto ejemplificado en el caso de la I.V.E.) e incluso de las normas morales y religiosas (las parejas católicas practican masivamente métodos de control de natalidad prohibidos por la Iglesia Católica). Todo esto supone un doble estándar normativo, y un mayor nivel de desigualdad social. Por eso la intervención gubernamental, en los países desarrollados, sobre el control de natalidad, no ha significado un gran incremento del número de parejas que controlan la natalidad (un porcentaje difícil de cambiar con leyes), sino la reducción drástica de: *embarazos no queridos, mortalidad femenina* (debida a falta de intervención médica y asistencia sanitaria adecuada), y *desigualdades sociales* de procreación entre ricos y pobres (población educada y analfabetos). Los dos objetivos públicos son entonces la relativa igualdad de información sobre métodos de control de natalidad, y la igualdad de acceso a los métodos eficaces (y seguros). Los movimientos feministas se han unido a estas reivindicaciones —también en España—, pidiendo el acceso a métodos de control de natalidad eficaces, baratos, seguros, y fáciles de obtener.

#### VARIABLES SOCIOLÓGICAS.

El nivel de conocimientos sobre algún método de control de natalidad de las mujeres (casadas) españolas no es bajo: el 93 por 100 conoce algún método, y el 88 por 100 ha oído hablar de la píldora y conoce su eficacia. Sin embargo, solamente un 49 por 100 de las mujeres casadas controlan la natalidad actualmente. En los países más desarrollados, una inmensa mayoría de las mujeres fértiles controlan, al-

---

<sup>6</sup> Véase, por ejemplo, el informe de la National Academy of Sciences (y la A.I.D.), *Rapid Population Growth: Consequences and Policy Implications* (Baltimore, Johns Hopkins Press, 1971). vol. 1, «Summary and Recommendations», pág. 57 y *passim*.

rededor del 90 por 100. Sin embargo, en España el 40 por 100 de las mujeres casadas no sólo no utilizan ningún método de control de natalidad, sino que nunca lo han utilizado (ni siquiera el ritmo, ni el coito interrumpido). Pero es que sólo una cuarta parte de todas las mujeres casadas han utilizado alguna vez un método eficaz de control de natalidad. Es evidente que esta situación va a cambiar en un par de generaciones, pues el 42 por 100 de las mujeres (casadas) menores de 25 años han utilizado ya un método eficaz. En realidad, los datos sobre la tasa bruta de natalidad reflejan ya una gran disminución desde 1979, habiéndose llegado a una tasa de 15 por 1.000 en 1982, la más baja de todo el siglo XX. Los efectos demográficos de este cambio van a repercutir sobre todo en la década de los noventa, y hacia el año 2000.

La pauta distintiva del control de natalidad español actual es que se concentra en la *limitación* del número total de hijas e hijos, pero todavía no se preocupa del *espaciamento* de los nacimientos. Más técnicamente, los *intervalos protogenésicos* (entre el matrimonio y el primer parto) son relativamente cortos, y además las parejas tienden a no controlar en absoluto durante el mismo. Los *intervalos intergenésicos* (entre nacimientos sucesivos) son a veces muy cortos (por falta de control) o muy largos (gracias a sistemas tradicionales —antes lactancia prolongada, e incluso continencia—) y sin ideas claras sobre su terminación. La proporción de mujeres-mayores embarazadas es desproporcionadamente alta. Los primogénitos (el 38 por 100 de los nacidos) se tienen muy pronto: el 54 por 100 de los matrimonios antes del primer año de casados, y el 92 por 100 los tienen dentro de los dos primeros años. La pauta tradicional es esperar el mínimo tiempo posible entre el matrimonio y el primer nacimiento, con lo que sólo una minoría controla eficazmente la natalidad en ese período concreto.

Un análisis por cohortes sugiere que cada vez la pauta de control de natalidad es menos tradicional. Uno de los mejores indicadores es *la proporción de mujeres casadas, sin hijas ni hijos, que controlan la natalidad*. El porcentaje, en 1977, era tan sólo del 14 por 100, pero con diferencias por edad significativas:

Grupos de edad	Porcentaje de mujeres casadas (y no embarazadas) que controlan la natalidad o han sido esterilizadas	
	En total	Sin hijos ni hijas
Menores de 25 años. ....	59	34,0
De 25 a 34. ....	62	26,0
De 35 a 44. ....	49	2,2
De 45 y más años. ....	28	—
Totales. ....	50 (5.315)	14,0 (285)

Las máximas diferencias por grupos de edad no se observan, pues, en el total de mujeres, sino en la categoría de *mujeres sin hijas ni hijos*. El deseo de tener el primer hijo (o hija, aunque en menor medida) es tan grande, que las mujeres menores de 25 años controlan incluso menos que las del siguiente grupo de edad (25 a 34 años). En general, el retrato-robot de la mujer casada que *no* ha controlado nunca la natalidad es: analfabeta o sin estudios, católica-practicante, que no trabaja fuera-del-hogar, en zonas rurales, madura de edad, y de Castilla-León.

El primer hijo o hija nace tradicionalmente en España «cuando Dios quiere». El primogénito (o primogénita) se tiene, de media, a los 1,3 años de casada; y el segundo unos 2,4 años después del primero. Según los métodos de control de natalidad, el intervalo protogenésico es de 1,3 años para las que no utilizaron ningún método; 1,8 años de media para las que se quedaron embarazadas mientras utilizaban un método de control de natalidad; y 2,1 para aquellas parejas que dejaron de utilizar el método, precisamente con la intención de quedarse embarazadas. Una justificación sociológica de la pequeñez del intervalo protogenésico en España es que el matrimonio es todavía bastante tardío, lo que tiende a favorecer los embarazos rápidos en el caso de las primeizas.

TABLA 7.1  
*Proporción de mujeres que controlan la natalidad, según el número de hijos habidos*

Número de hijas e hijos habidos	Porcentaje de mujeres casadas que			Totales
	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad	
Ninguno .....	78	6	16	100 (334)
Uno .....	41	12	48	100 (1.203)
Dos .....	36	11	53	100 (2.054)
Tres .....	35	13	52	100 (1.170)
Cuatro .....	36	11	53	100 (580)
Cinco o más .....	42	14	44	100 (473)
Totales .....	39	11	49	100 (5.814)

Fuente: I.N.E., *Encuesta de fecundidad* (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 195.

Como puede comprobarse en la tabla 7.1, el control de natalidad en España *no* depende del número de hijas e hijos que se tienen. Por un lado, todavía las jóvenes —que asumen pautas más modernas— no controlan mucho, pues no han alcanzado la descendencia deseada. Esto sucede porque en España el control es todavía de *limitación* y no de *espaciamento*. Por el otro lado, las mujeres mayores ya no controlan tanto la natalidad, pues su fecundidad —y seguramente la frecuencia del coito— han descendido ya considerablemente. Por una y otra

razón, la distribución por edad es homogénea, o al menos más similar de lo que habíamos esperado. Esta pauta variará sustancialmente cuando las mujeres jóvenes empiecen a controlar antes de haber llegado al número deseado de hijas e hijos, o incluso antes de empezar a tenerlos. Sin embargo, para ello tienen que cambiar cualitativamente las actitudes de la población ante el control de natalidad. Por ahora, no hay diferencias en el porcentaje de mujeres que controlan la natalidad (alrededor del 50 por 100), y tampoco existen diferencias apreciables según el método que escogen. Todo sugiere que el control de natalidad en España, hoy por hoy, es poco racional y que no depende del número de hijas e hijos que ya se tienen.

Todavía se mantiene en España la importancia del varón respecto de la mujer. Sistemáticamente, el deseo de no tener más descendencia es mayor entre las que tienen un hijo-varón que entre las que tienen una hija. El 32 por 100 de las mujeres con un hijo-varón no desean otro embarazo, frente al 21 por 100 de las que tienen una hija. De las mujeres que mantienen la intención de tener otro embarazo (aproximadamente una de cada cinco), el 30 por 100 prefieren un varón. En el caso de las mujeres que tienen una hija-única, el 46 por 100 prefiere un varón; y este porcentaje aumenta hasta el 80 por 100 en las mujeres que tienen (sólo) dos hijas. Se observa, pues, que sistemáticamente se da más valor al varón que a la mujer.

Tampoco la edad de la mujer tiene una influencia grande sobre las pautas de control de natalidad, a excepción, quizás, de comparar grupos extremos: menores de 25 años *versus* mayores de 44 años (véase la tabla 7.2). Las diferencias son más significativas si se mide el número de años que llevan de casadas:

Años que llevan casadas	Porcentaje de mujeres casadas que		
	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad
Menos de 10 años . . . . .	33	11	56
De 10 a 19 . . . . .	40	9	51
De 20 a 29 . . . . .	49	16	35
30 años y más . . . . .	63	11	26
Totales . . . . .	39	11	49

Las diferencias entre las de menos de 10 años de casadas, y las de 30 y más, son aproximadamente del doble. Manteniendo constante el número de años de casada, la probabilidad de utilizar actualmente un método anticonceptivo es mayor cuanto más jóvenes eran las mujeres al casarse.

TABLA 7.2  
*Proporción de mujeres que controlan la natalidad, según la edad de la mujer*

Grupos de edad de la mujer	Porcentaje de mujeres casadas que			Totales
	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad	
Menores de 25 años. ....	33	13	53	100 (695)
De 25 a 29. ....	34	9	57	100 (1.030)
De 30 a 34. ....	31	11	58	100 (1.033)
De 35 a 39. ....	38	9	53	100 (924)
De 40 a 44. ....	43	11	46	100 (1.071)
De 45 y más. ....	54	15	31	100 (1.061)
Totales. ....	39	11	49	100 (5.814)

NOTA: Del total se han descontado los casos en que no consta información acerca del control, aun cuando suponemos que controlan la natalidad muy por debajo de la media.

Fuente: I.N.E., *Encuesta de fecundidad* (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 192.

Desgraciadamente, la clasificación regional utilizada por el Instituto Nacional de Estadística en esa fecha es defectuosa y confusa; pues mezcla a Galicia con Asturias, a Andalucía con Canarias, a Castilla la Nueva con Extremadura, a Baleares con Valencia y Murcia, y al País Vasco con Aragón. A pesar de este escollo, se puede generalizar que la práctica del control de natalidad depende en alguna medida del nivel de desarrollo económico:

Regiones del I.N.E.	Porcentaje de mujeres casadas que nunca han controlado la natalidad	
	En total	Sin hijos ni hijas
Castilla la Nueva y Extremadura. ....	30	64
Andalucía y Canarias. ....	31	88
Cataluña. ....	35	65
País Vasco y Aragón. ....	43	84
Baleares, Valencia y Murcia. ....	48	83
Galicia y Asturias. ....	57	83
Castilla la Vieja y León. ....	59	84
Totales. ....	40	76

Las regiones cuyas mujeres casadas empiezan ya a controlar la natalidad *antes del* primer embarazo son Castilla la Nueva y Cataluña (es decir, Madrid y Barcelona). El control de natalidad en Andalucía (y Canarias) antes del primer embarazo, apenas llega al 4 por 100 de la población, mientras que es el 19 y el 22 por 100 en las dos Castillas. Esto sucede a pesar de que los hijos en Andalucía (con más jornaleros sin tierra) pueden considerarse más como una carga que en Castilla (con más pequeños propietarios agrícolas). Las diferencias regionales no se

explican, pues, fácilmente, lo que sugiere una baja racionalidad en las pautas de control de natalidad.

Existe una cierta diferencia entre las ciudades y los pueblos. En este sentido, las «grandes metrópolis» (Madrid y Barcelona) mantienen un nivel de control de natalidad bastante más alto al resto de España; aun cuando la variable estrato-de-población aparece estrechamente correlacionada con la de control de natalidad en todos los niveles. Las diferencias mayores se dan en el caso de las parejas sin hijas ni hijos, que van desde un 6 por 100 que controlan en el campo, a un 32 por 100 que controlan en las «grandes metrópolis»:

Estratos de población	Porcentaje de mujeres casadas (y no embarazadas) que controlan la natalidad o han sido esterilizadas	
	En total	Sin hijos ni hijas
Hasta 10.000 habitantes.....	39	5,6
De 10.001 a 50.000.....	46	2,1
Más de 50.000.....	56	15,0
Grandes metrópolis.....	62	32,0
Totales.....	50 (5.315)	14,0 (285)

Las ciudades medias (de 10.000 a 50.000 habitantes) son actualmente más conservadoras que las propias zonas rurales, ya que sólo un 2 por 100 de mujeres (casadas) sin hijas ni hijos controlan la natalidad, lo que representa una proporción muy baja.

En casi todos los países del mundo el control de natalidad es menor entre las clases más bajas, y las mujeres con menos estudios<sup>7</sup>. Esto supone, además, una mayor proporción de embarazos no queridos en esos grupos más desprotegidos. En España el *nivel de estudios de la mujer* es una variable que explica mejor el control de natalidad que la clase social, o que la ocupación del marido o incluso de la mujer. En general, el nivel de estudios de la mujer es más importante para este tema que el nivel de estudios del marido; así como consistentemente la familia de origen de la mujer influencia más que la del marido en el número de hijas e hijos que se tienen, desean, y los métodos de control que se conocen y se practican.

<sup>7</sup> Jesús M. de Miguel, «Social class and health structure in southern European countries: A sociological critique», págs. 399-419, en Jean-Claude Guyot y otros, *Santé, Médecine, et Sociologie* (París, Centre National de la Recherche Scientifique, 1978); «Policies and politics of the health reforms in southern European countries: A sociological critique», en *Social Science and Medicine*, núm. 11 (1977), págs. 379-393, y «Los pobres mueren antes: Para un análisis sociológico de las desigualdades sociales en el sector sanitario», en *Doctor: Política Profesional* (mayo 1977), págs. 54-60.

El grupo más tradicional es el de las mujeres casadas que no han utilizado nunca ningún método de control de natalidad (nada menos que el 40 por 100). Este grupo son, o bien mujeres muy jóvenes que todavía no han terminado de tener el número de hijas e hijos que desean (el 76 por 100 de las que no han tenido hijas o hijos no han controlado nunca), o mujeres mayores que nunca han controlado y ya casi no necesitan control de su fecundidad. Se trata, pues, de una doble *pauta de jóvenes-maduras*. A su vez, en ambos grupos, cuanto menor es la educación de la mujer tanto mayor es la probabilidad de que no controle. Las máximas diferencias se observan entre mujeres analfabetas y universitarias:

Nivel de estudios de la mujer	Porcentaje de mujeres que nunca han utilizado un sistema de control de natalidad	
	Con hijos/as o sin hijos/as vivos	Sin hijos/as vivos
Analfabetas.....	51	95
Superiores.....	16	8
Totales.....	40	76

En la tabla 7.3 se puede observar mejor la distribución de mujeres casadas que controlan la natalidad según el nivel de estudios de la mujer, y la relación de que a más estudios —y por lo tanto también clase social más alta— mayor es la proporción de parejas que controlan la na-

TABLA 7.3  
*Proporción de mujeres casadas que controlan la natalidad, según el nivel de estudios de la mujer*

Estudios de la mujer	Porcentaje de mujeres que (a)			Total (b)
	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad	
Superiores.....	17	19	63	100 (68)
Medios.....	18	17	64	100 (198)
Bachillerato Superior.....	21	20	60	100 (232)
Bachillerato Elemental.....	25	15	60	100 (392)
Primaria.....	40	10	49	100 (3.353)
Sin estudios.....	46	10	43	100 (1.053)
Analfabetas.....	48	12	40	100 (515)
Totales.....	39	11	49	100 (5.811)

NOTAS: (a) Técnicamente mujeres no-solteras. (b) No se incluyen los casos en que no consta la información sobre control de natalidad. (c) Incluye «esterilización con fines anticonceptivos» y «esterilización por razones médicas u otro obstáculo a la fertilidad».

Fuente: I.N.E., *Encuesta de fecundidad* (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 194.

talidad. Tan sólo en el reducido grupo de las mujeres con estudios superiores (el 12 por 100 de todas las mujeres casadas), el nivel de control de natalidad antes del primer bebé es alto, y superior a la media.

#### FACTORES CULTURALES.

Las razones para no utilizar los métodos de contracepción más eficaces pueden ser varias: ignorancia, creencias religiosas, objeciones estéticas, indiferencia respecto a un nuevo embarazo, miedo sobre los efectos secundarios, o simplemente baja frecuencia de relaciones sexuales. Así por ejemplo, en la tabla 7.4 se puede ver cómo el 88 por 100 del total de mujeres-casadas conoce al menos un método de *alta eficacia*, pero sólo el 18 por 100 lo ha utilizado alguna vez, y el 12 por 100 lo usa en la actualidad. «España es diferente»; es uno de los pocos

TABLA 7.4  
*Conocimiento y utilización de métodos de contracepción en España (1977)*

Métodos de contracepción	Porcentajes de mujeres casadas		
	Conocen el método	Lo han utilizado alguna vez	Lo utilizan en la actualidad (a)
D.I.U. ....	30	0,6	0,5
Píldora ....	88	17,0	12,0
Diafragma ....	19	0,1	0,1
Condón ....	68	7,0	5,0
Ritmo ....	53	13,0	6,0
Coito interrumpido ....	70	31,0	23,0
Lactancia prolongada ....	34	0,4	0,0
Lavado vaginal ....	36	1,0	0,6
Ninguno ....	7	40,0	47,0
Totales ....	(5.814)	(5.814)	(5.315)

Fuente: I.N.E., *Encuesta de fecundidad* (Madrid, I.N.E., 1978), págs. 156, 163 y 180.

NOTAS: (a) No incluye las embarazadas. Actualmente (un 6 por 100 de la muestra); pero si incluye las que acaban de dar a luz y están todavía en el *post-partum* y las que están esperando quedar embarazadas (se podría calcular en un 8 a 10 por 100 adicional); y el porcentaje de mujeres estériles que no pueden tener descendencia (5 al 10 por 100). Es decir, entre el 19 y el 26 por 100 del total de mujeres de 15 a 49 años no necesitan controlar la natalidad.

países occidentales donde la píldora *no* es el método más popular de contracepción (sólo el 12 por 100 de mujeres casadas), y donde el método más utilizado es todavía el coito interrumpido, practicado asiduamente por el 23 por 100 de las parejas. Por otra parte, los datos aquí comentados y procedentes de la encuesta del I.N.E. en 1977 contrastan, por lo que respecta al conocimiento y actitudes, con los de la encuesta dirigida por Díez Nicolás en 1971. El contraste es especialmente notorio por lo que respecta al método del ritmo. La píldora es

conocida, pero no muy utilizada. Es también un país donde la esterilización masculina es prácticamente inexistente (0,5 casos por cada mil parejas), y donde algunos métodos incluso no se pueden conseguir. Así por ejemplo, la utilización del D.I.U. es muy baja (0,5 por 100 de las mujeres-casadas), o del diafragma (0,1 por 100). El condón es menos utilizado (5 por 100) que lo que la gente suele creer; y lo mismo el ritmo (6 por 100).

El atractivo máximo del coito interrumpido es que es gratis y no necesita de ninguna preparación especial. Su utilización disminuye según se desarrolla un país —lo mismo que el ritmo—, aumentando la píldora y el D.I.U. (del *total de métodos* que se utilizan)<sup>8</sup>:

Métodos de contracepción utilizados en alguna ocasión	Porcentajes		
	España (1977)	Francia (1972)	Dinamarca (1970)
Coito interrumpido .....	31	63	25
Ritmo .....	13	27	12
Píldora .....	17	21	50
D.I.U. ....	1	3	6
Condón .....	7	19	68

Es muy posible que el consumo de la píldora vaya a descender relativamente y que en España nunca llegue a alcanzar las proporciones de otros países desarrollados hacia 1970. La máxima contradicción es que el acceso a la píldora en España se logra cuando viene ya acompañada de una propaganda en contra, y con todo tipo de contraindicaciones.

Existe la creencia de que el ritmo ha sido, y es, un método de contracepción muy utilizado en España. Sin embargo esto no es cierto, pues apenas se usa por un 6 por ciento de las parejas; es decir, menos incluso que en otros países católicos. El rechazo del condón («preservativo») proviene —creemos— de su utilización histórica como preventivo de enfermedades venéreas y su asociación con la prostitución. Tan sólo uno de cada veinte maridos lo utiliza actualmente en España. La experiencia en otros países es que el condón, que parecía que iba a aumentar, ha disminuido; y el diafragma (similar en popularidad al condón) aumenta pero sólo lentamente.

Todos los indicadores señalan que el conocimiento (30 por 100) y la utilización (0,5 por 100) del D.I.U. en España es muy bajo, incluso menor de lo esperado si se compara con otros países. En una sola década (1965 a 1976) la proporción de mujeres-casadas que utilizaba D.I.U. pasó del 0,7 al 6,1 por 100. En España, en 1977, el porcentaje era menor al norteamericano doce años antes.

<sup>8</sup> I.N.E., *La fecundidad en España (diciembre 1977)* (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 30.

Entre las ventajas de la píldora está el hecho de que no aparece asociada con el coito, ni guarda relación con los órganos genitales. Su popularización en España es muy reciente; el 40 por 100 de las mujeres casadas que la utilizan llevan menos de un año con la píldora, y sólo un 11 por 100 llevan utilizándola cinco o más años (desde antes de 1973), frente al 41 por 100 en el caso de las que utilizan el ritmo o el coito interrumpido. La actitud ante la píldora actualmente es ambigua. Por un lado supone una liberación, pero por el otro sus efectos secundarios son cada vez más conocidos y temidos: «Actualmente es muy difícil hablar de la píldora en España. Y lo es porque las mujeres estamos muy sensibilizadas por la propaganda en contra que se le ha hecho con el único fin de que nunca tuviéramos control sobre nuestro cuerpo y sobre la expresión de nuestra sexualidad [...]. La reacción natural es la rebelión contra esa prohibición y la aceptación de la píldora por lo que realmente tiene de positivo [...]; no hay, sin embargo, que olvidar los efectos secundarios y probables que están relacionados con ellas [las píldoras]»<sup>9</sup>. No sólo la píldora está de moda entre las mujeres (sobre todo las más jóvenes), sino que es el método más preferido por la profesión médica, y la industria farmacéutica. Es muy posible que en los próximos años se duplique el porcentaje de mujeres que toman la píldora en España.

Las diferencias geográficas en la utilización de métodos de contracepción son congruentes con la estructura social que conocemos. En general, *a mayor desarrollo y urbanización, mayor utilización de métodos de contracepción*. Sin embargo, en este orden destaca Andalucía con un control relativamente alto (más de la mitad de las mujeres casadas), aunque basado en gran parte en una proporción alta de parejas (28 por 100) que realizan el coito interrumpido. La utilización de la píldora se centra en las zonas urbanas, y sobre todo en Madrid y Barcelona. El País Vasco se destaca por utilizar poco la píldora y poco el condón, pero mucho el ritmo, lo que es debido a su más alta religiosidad. El uso de la píldora en Galicia es bajo, extensivo a menos del 3 por 100 de las mujeres casadas (no embarazadas). Por fin, Castilla-León presenta las pautas más tradicionales, con un relativamente alto uso del ritmo como método de contracepción. (Véase la tabla 7.5). Cataluña destaca por el uso de la píldora (cerca de una de cada cinco mujeres casadas la toman diariamente). El gran avance en contracepción en España se debe en gran medida a la introducción de la píldora, sobre todo en zonas urbanas. Así, se observa que, en los pueblos (de menos de 10.000 habitantes) sólo un 3 por 100 de mujeres casadas (y no embarazadas) utilizan la píldora, frente a un 23 por 100 en las grandes ciu-

---

<sup>9</sup> Leonor Taboada, *Cuaderno feminista: Introducción al self-help* (Barcelona, Fontanella, 1978), págs. 56.

TABLA 7.5

*Métodos de contracepción utilizados en las diversas regiones*

Regiones del I.N.E.	Porcentaje de mujeres casadas (y no embarazadas) que actualmente utilizan algún método de contracepción					
	Coito interrumpido	Píldora	Ritmo	Condón	Otros métodos	Total
Castilla la Nueva y Extremadura .....	23	13,0	6,3	6,3	4,3	53 (1.150)
Andalucía y Canarias .....	28	9,6	3,2	5,1	5,4	51 (1.140)
Cataluña .....	17	19,0	6,1	4,7	3,4	50 (1.032)
País Vasco y Aragón .....	22	7,1	11,0	2,9	2,3	46 (589)
Baleares, Valencia y Murcia .....	18	7,2	5,9	4,3	4,4	40 (834)
Galicia y Asturias .....	19	5,7	2,8	3,3	2,1	33 (612)
Castilla la Vieja y León .....	14	7,0	5,4	2,0	2,8	31 (458)
Totales .....	21	11,0	5,7	4,5	3,8	46 (5.815)

Fuente: I.N.E., *Encuesta de fecundidad* (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 168.

dades. Bien es verdad que en las grandes ciudades ha descendido un poco el coito interrumpido, e incluso el condón, pero la mayor parte del aumento se debe a la píldora, y muy secundariamente al ritmo.

Las diferencias por clase social, en cuanto a la utilización del método de control de natalidad, son bastante grandes. Es importante distinguir entre zonas rurales y urbanas, pues el control es, mucho menor en zonas rurales. La pauta general en la zona urbana es que cuanto más elevada es la clase social, tanto mayor es el control de natalidad; lo contrario en zona rural. En ambas áreas tanto en cuanto más baja es la clase social, tanto mayor es la utilización del coito interrumpido y del condón y menor la utilización de la píldora o el ritmo. El uso de la píldora es muy bajo en las zonas rurales; curiosamente, también es bajo el sistema de condón. La razón debe ser que ambos sistemas obligan a proveerse en la farmacia, lo que supone un elevado control social en las zonas rurales, y por lo tanto un menor uso. En resumen, la variable de clase social (a través de la ocupación principal del marido) introduce algunas diferencias significativas en la utilización de métodos de control de natalidad, pero no explica todas las diferencias, ni supone una relación clara entre clase y contracepción. En la tabla 7.6 pueden observarse mejor estas relaciones. El uso del coito interrumpido es mayoritario entre los trabajadores (en casi todos los grupos, superior al 40 por 100), tanto en la industria y servicios como en el campo. La clase baja (sobre todo en las ciudades) controla menos la natalidad, y además utiliza sistemas con más posibilidades de fallo, y por lo tanto de embarazo no-deseado.

TABLA 7.6  
Métodos de contracepción utilizados, según clase social

Clase social (según la ocupación del marido)	Porcentaje de mujeres casadas (y no embarazadas) que actualmente utilizan algún método de contracepción					
	Coito interrumpido	Píldora	Ritmo	Condón	Otros métodos	Total
<i>Urbana:</i>						
Empresarios (a) . . . . .	18,0	5,1	7,6	3,2	3,8	37 (158)
Cuadros superiores. . . . .	4,8	24,0	16,0	4,1	4,8	54 (315)
Cuadros medios . . . . .	14,0	18,0	11,0	6,3	6,3	55 (1.129)
Trabajadores independientes.	27,0	8,6	4,8	4,6	3,9	49 (544)
Obreros especializados . . . . .	25,0	9,5	3,5	5,2	3,0	46 (2.192)
Peones (obreros no especia- lizados . . . . .	23,0	6,1	1,2	4,9	2,2	37 (493)
<i>Rural:</i>						
Proprietarios (b) . . . . .	19,0	3,0	5,1	0,3	1,2	28 (333)
Jornaleros . . . . .	28,0	1,7	1,4	1,2	4,3	37 (419)
Totales (c) . . . . .	21,0	11,0	5,7	4,5	3,8	46 (5.814)

Fuente: I.N.E., *Encuesta de fecundidad* (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 176.

NOTAS: (a) En las tablas originales se trata de «empresarios con asalariados», pero no se distingue si son urbanos o rurales. (b) «Empresarios agrarios sin asalariados y miembros de cooperativas agrarias». (c) Incluye 231 casos de «activos no clasificables».

Las diferencias internas según diversos métodos de contracepción son incluso mayores que las pautas de control o no-control. Por ejemplo, en total, un 46 por 100 de las mujeres casadas (y no embarazadas) utilizan actualmente algún método de contracepción. Las diferencias por nivel de estudios de la mujer van desde un 37 por 100 en las analfabetas hasta un 60 por 100 en las que tienen estudios superiores. Las diferencias por métodos son aún mayores: el coito interrumpido no es utilizado por *ninguna* con estudios superiores y por más del 26 por 100 de las analfabetas o mujeres sin estudios; en cambio, la píldora es tomada por un 41 por 100 de las iletradas. Mientras tanto, el ritmo y el condón son más abundantes entre las clases medias con estudios de bachillerato. La píldora está muy extendida entre las clases altas, pues las dos terceras partes de las mujeres universitarias (casadas) que controlan la natalidad, actualmente se basan en ese método (véase la tabla 7.7). El método del ritmo es muy poco utilizado por parejas analfabetas (0,4 por 100), ya que obviamente necesita de un cálculo algo complicado para su nivel de instrucción.

Confirmamos la hipótesis de que *aunque la Iglesia Católica mantiene una influencia grande en la definición de políticas de población nacional* (por ejemplo, oponiéndose a la legalización de los anticonceptivos, esterilización, I.V.E., etc.), *sin embargo, su impacto real en las actitudes y conductas de las personas (incluso de las creyentes y practicantes) es relati-*

TABLA 7.7  
Métodos de contracepción utilizados, según los estudios de la mujer

Estudios de la mujer	Porcentaje de mujeres casadas (y no embarazadas) que actualmente utilizan algún método de contracepción					
	Coito interrumpido	Píldora	Ritmo	Condón	Otros métodos	Total
Superiores .....	—	41,0	8,8	2,9	7,4	60 (68)
Medios .....	5,5	27,0	14,0	5,5	5,0	57 (198)
Bachillerato Superior .....	5,2	22,0	15,0	6,5	7,8	57 (232)
Bachillerato Elemental .....	8,9	17,0	12,0	4,8	8,6	51 (392)
Primaria .....	22,0	10,0	5,8	5,3	3,0	46 (3.353)
Sin estudios .....	27,0	6,2	1,8	1,9	3,7	41 (1.053)
Analfabetas .....	26,0	3,9	0,4	3,7	2,7	37 (515)
Totales .....	21,0	11,0	5,7	4,5	3,8	46 (5.811)

Fuente: I.N.E., Encuesta de fecundidad (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 170.

vamente pequeño. En el total de España, un 44 por 100 de las mujeres católicas-practicantes no han utilizado nunca métodos de control de natalidad, frente al 27 por 100 de las católicas-no-practicantes, y el 32 por 100 de las no-creyentes. Las diferencias, no muy grandes, son más sensibles con el indicador de mujeres (casadas) que controlan antes de la primera hija o hijo: el 87 por 100 de las católicas-practicantes y el 75 por 100 de las católicas-no-practicantes, nunca han controlado, frente a sólo el 25 por 100 de las no-creyentes. La religiosidad (católica) mantiene, pues, una influencia sobre el no control de natalidad, sólo si hay pocas hijas o hijos; a partir del segundo o tercer nacimiento se produce el hecho paradójico de que las católicas-practicantes controlan incluso más (de media) que las no-creyentes. Y según el número de hijas e hijos, las católicas-practicantes tienen sólo un promedio de hijos un poco mayor (2,5) que las católicas-no-practicantes (2,4), y que las no-creyentes (2,2). Efectivamente, las mujeres no-creyentes controlan incluso menos (49 por 100) que las católicas-no-practicantes (57 por 100), y sólo un poco más que las católicas-practicantes (43 por 100). Eliminando los casos que no dan información sobre su conducta contraceptiva, la distribución de casos es la siguiente:

Religiosidad de la mujer	Nunca han controlado la natalidad	Han controlado, pero no en la actualidad	Controlan actualmente la natalidad
	Porcentajes		
Católica practicante .....	43	11	46
Católica no practicante .....	27	13	61
Creyente de otra religión .....	35	11	54
Totales .....	39	11	49

La religiosidad se asocia (pero también con poca intensidad) con el uso del método del ritmo, de tal forma que a mayor religiosidad más es su utilización. Por otra parte, las católicas-practicantes utilizan la píldora en mucha menor medida (8 por 100) que las católicas-no-practicantes (21 por 100), o las no-creyentes (20 por 100). En cualquier caso, ya es curioso que el 8 por 100 de las católicas que se autodenominan «practicantes» utilicen la píldora, que es reprobada por la norma católica; o que el 4 por 100 utilice el condón, y el 21 por 100 el coito interrumpido, ambos también prohibidos. Aproximadamente un tercio de las mujeres *católicas-practicantes* realizan en la actualidad un control de natalidad prohibido por la Iglesia Católica (véase la tabla 7.8). En resumen, la religiosidad católica de las mujeres no introduce

TABLA 7.8  
*Métodos de contracepción utilizados, según la religiosidad de la mujer*  
(Porcentajes)

Métodos de contracepción utilizado actualmente	Religiosidad de la mujer			
	Católica practicante	Católica no practicante	Creyente de otra religión	No creyente
Coito interrumpido .....	21,0	20,0	22,0	17,0
Píldora .....	7,8	21,0	13,0	20,0
Ritmo .....	6,4	4,0	2,2	2,0
Condón .....	4,2	6,1	5,5	2,3
Otros métodos .....	3,2	6,1	1,1	7,0
Totales .....	43,0 (4.463)	57,0 (961)	44,0 (91)	49,0 (300)

Fuente: I.N.E., *Encuesta de fecundidad* (Madrid, I.N.E., 1978), pág. 175.

ya diferencias grandes en cuanto a las pautas contraceptivas y, contra lo que podría esperarse, el influjo de la moral y la doctrina católicas sobre la conducta individual de los matrimonios es mínimo. Del total de mujeres (casadas) que se autodenominan «católicas-practicantes», y que practican algún método de contracepción, el 85 por 100 utilizan algún método expresamente prohibido por la Iglesia Católica. No es que la religiosidad haga que las mujeres controlen la natalidad mucho más en números globales, sino que adoptan una pauta más tradicional. Sólo las mujeres no-creyentes parecen adoptar una pauta moderna; pues las dos terceras partes de ellas controlan la natalidad *antes de* tener la primera hija o hijo. La religiosidad es más influyente en las grandes ciudades, y nada en los pueblos donde las

pautas culturales son suficientes. La religiosidad es, pues, un elemento diferenciador, allí donde la capacidad de control y de decisión es mayor <sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Terminando ya el estudio presente hemos podido consultar algunos nuevos materiales bibliográficos que por su interés para el lector conviene mencionar. Un estudio clásico, poco citado, es Ramón Serrano Vicens, *La sexualidad femenina: Una investigación estadística* (Barcelona, Pulso, 1971), 159 págs. Entre los libros de divulgación podemos incluir a Eugeni Castells, *El derecho a la contracepción: Los métodos anticonceptivos y sus indicaciones*, 2.<sup>a</sup> ed. (Barcelona, Röl, 1980), 183 págs.; la primera edición es de 1978; contiene una introducción de Montserrat Roig (págs. 3-43). Entre las posiciones contrarias pueden verse: Enrique Mirabell, *¿Sabemos ser padres?* (Madrid, Prensa Española, 1975), 157 págs., y Juan Jiménez y Guillermo López, *Abortos y contraceptivos*, 2.<sup>a</sup> ed. (Pamplona, Eunsa, 1979), 186 págs., la primera edición (más reducida) es de 1973. Últimamente el mercado aparece inundado de traducciones de libros sobre el tema; entre los más importantes: Christiane Bohm, y Gisela Korflür, *Mujer y ginecólogo* (Barcelona, Mario Acosta, 1979), 35 págs., y Alex Comfort y Jane Comfort, *El adolescente: Sexualidad, vida y crecimiento* (Barcelona, Blume, 1980), 126 págs. Sobre el impacto de los programas de control de natalidad conviene leer World Health Organization, *Evaluation of Family Planning in Health Services* (Ginebra, W.H.O., 1975), 67 págs. Dos temas relacionados —menstruación y menopausia— pueden analizarse en: Allen Lein, *The Cycling Female: Her Menstrual Rhythm* (San Francisco, W.H. Freeman, 1979), 135 págs., y Wulf H. Utian, *The Menopause Manual: A Woman's Guide to the Menopause* (Lancaster: M.T.P. Press, 1978), 112 págs.



## CAPÍTULO 8

### EL CASO DE LA INFANCIA

La proporción numérica de la población infantil en España es mayor que su importancia social. Hasta principios del siglo XX, morían más de la quinta parte de las niñas y niños antes de cumplir el primer año de edad. Esta proporción disminuyó gradualmente aun cuando España mantiene todavía una tasa de mortalidad infantil (11 por 1.000 niños nacidos vivos) algo más alta que otros países europeos, con desequilibrios sociales y geográficos importantes. La *Pediatría* y la *Puericultura* nacieron como especialidades médicas (referidas a la población infantil *enferma* y *sana* respectivamente) a finales del siglo pasado. Modernamente ha prevalecido el término de «pediatría» y el de «pediatra». Los hitos fundamentales de esta especialidad fueron: la creación del Hospital del Niño Jesús en 1877; de la primera cátedra de «Enfermedades de la Infancia» en 1886; aprobación de la Ley de Protección a la Infancia en 1904; y creación de la Escuela Nacional de Puericultura en 1925. Tras la guerra civil, en 1941 se promulgó una nueva Ley de Sanidad Infantil y Maternal. Como resultado del papel jugado por el creciente Seguro Obligatorio de Enfermedad, la pediatría pasó a ser en España la especialidad más numerosa; con más médicas; concentrada en Madrid, Vizcaya, Barcelona, y el sur y sureste de la península; y de carácter bastante urbano. La asistencia pediátrica, incluyendo la hospitalaria, está bastante privatizada, concentrada y centralizada; mientras que el coste en el sector público es bajo. Hay sólo una veintena de hospitales-infantiles, con menos de 3.000 camas en total, que atienden sólo al 15 por 100 de los pacientes pediátricos que ingresan cada año, en hospitales relativamente pequeños, y de baja calidad. En la década de los ochenta se observa un creciente deterioro del sector público, junto a una decidida privatización del sector, ya de por sí uno de los más privatizados dentro del sistema sanitario español.

## EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL.

La infancia representa un sector importante de la sociedad española. La población total de niñas y niños en el país es aproximadamente diez millones, o, lo que es lo mismo, el 27 por 100 de la población. Sin embargo, la tercera parte de esa población tiene de 10 a 14 años de edad. De ahí el enorme interés de la pediatría española por definir la niñez hasta los 14 años, o el período lo más largo posible. La distribución porcentual de niños y niñas del total de la población era en 1984 la siguiente: 1,5 por 100 menores de un año de edad, 5,5 por 100 de 1 a 4 años, 8 por 100 de 5 a 9 años, y 9 por 100 de 10 a 14 años. Definir la pediatría como únicamente hasta los cinco años de edad supondría en estos momentos perder un 17 por 100 de la población, lo que representaría el 66 por 100 de la clientela total. La población infantil se fue reduciendo en España paulatinamente hasta 1950, para empezar de nuevo a crecer lentamente:

Años	Porcentaje de la población menor de 15 años
1910 .....	34
1920 .....	32
1930 .....	32
1940 .....	30
1950 .....	26
1960 .....	27
1970 .....	28
1980 .....	25

La mayor parte de esa población infantil (el 98 por 100) es legítima, lo que representa una excepción no sólo en el contexto de las sociedades latinas, sino incluso las europeas <sup>1</sup>.

A principios de siglo las niñas y niños muertos antes del primer cumpleaños representaban la cuarta parte de los entierros, mientras que en la década de los setenta eran ya sólo el 4 por 100. A partir de 1918 (cuya gripe «española» afectó a la infancia ese año, y los dos siguientes), la mortalidad infantil descende linealmente entre 1900 hasta 1980 desde el 20 por 100 de los nacidos hasta alrededor del 1 por 100. La excepción más importante es la posguerra civil: desde 1936 hasta 1952 la tasa de mortalidad infantil aumentó considerablemente,

<sup>1</sup> Parece, sin embargo, que hay una tendencia creciente en la tasa de ilegitimidad a partir de 1975, pasando del 1,4 por 100 de los nacimientos en 1970 al 2,1 por 100 en 1978. Esto supone unos 15.000 nacidos ilegítimos al año.

y realmente hasta 1947 no recupera su evolución normal descendiente. En 1941 la tasa subió a cotas a las que no se había llegado desde 1923:

Años	Porcentaje de fallecidos antes de cumplir el primer año
1900 .....	20
1910 .....	15
1920 .....	16
1930 .....	12
1940 .....	11
1950 .....	6
1960 .....	4
1970 .....	2
1980 .....	1

En la actualidad mueren unos 10 niños y niñas por cada 1.000 nacimientos. En total, en 1900 morían más de 120.000 infantes antes de cumplir el primer año, frente a unos 6.000 en la actualidad. Sin embargo, la mortalidad perinatal y la del primer día apenas si se ha reducido. En los años sesenta la mortalidad postneonatal española era diez veces mayor que la sueca. Hacia 1970, todavía la mortalidad infantil española era casi el triple que en Suecia y el doble que en Francia. En 1980 la mortalidad infantil española es ya menos del doble que la sueca.

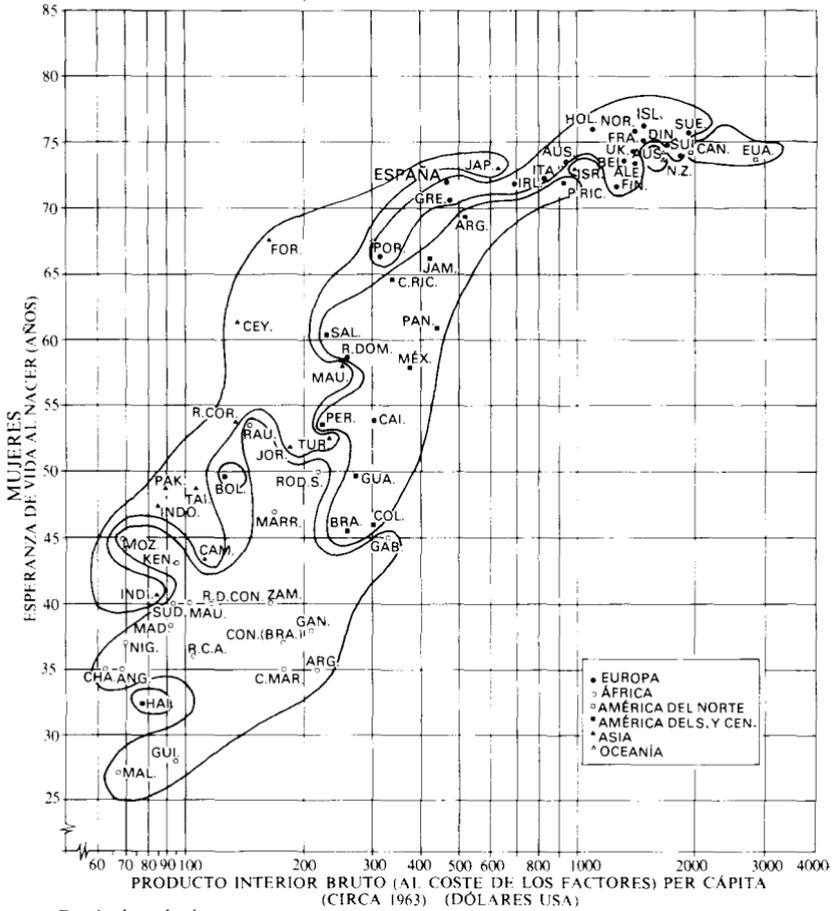
Hay que tener en cuenta que en 1900 la esperanza de vida de un recién nacido eran tan sólo de 35 años. Pasó a 50 años en 1930, conservándose prácticamente igual en 1940, alcanzando los 70 años en 1960, y 75 años en 1980. Es decir, que entre 1900 y 1960 se duplica la esperanza de vida al nacer de los españoles. Sin embargo, hacia 1963, la posición de España estaba más cercana a los países (más desarrollados) de América Latina o de Asia, como puede verse en el gráfico 8.1. El techo biológico parecía estar ya próximo, y no será fácil llegar pronto a una esperanza de vida de 80 años. Las conquistas, pues, a partir de 1963, a pesar de la década de desarrollo económico, fueron muy limitadas.

Las diferencias de sobrevivencia en la sociedad moderna según raza son todavía sorprendentemente altas. En los Estados Unidos, por ejemplo, las personas de color (negros y otras minorías) tienen todavía una *tasa de mortalidad infantil* (T.M.I.; medida por 1.000 nacidos) que es más del doble que la de los blancos. Y lo que es peor, las diferencias están aumentando <sup>2</sup>:

<sup>2</sup> U.S. Department of Health and Human Services, *Monthly Vital Statistics Report*, vol. 28, núm. 14 (noviembre, 1980), págs. 20-21. Diferencias similares pueden verse en Douglas Black, comp., *Inequalities in Health* (Londres, D.H.S.S., 1980).

GRÁFICO 8.1

Esperanza de vida al nacer de las mujeres, según la renta per cápita nacional, por países y continentes (CIRCA, 1963)



Fuente: U. N., *Demographic Yearbook*, 1967, págs. 116-123. U. N., *Statistical Yearbook*, 1968, págs. 585-589.

Años	T.M.I. en los U.S.A.		Sobremortalidad de la población no blanca
	Blancos	Otros	
1950 .....	29,9	53,7	1,8 veces
1960 .....	23,6	46,3	2,0 »
1970 .....	18,7	36,0	1,9 »
1979 .....	11,6	23,9	2,1 »

Las diferencias entre países son también considerables. En el gráfico 8.2, pueden verse las tasas de mortalidad infantil, según la renta per cápita, por países y continentes hacia 1966-1967, que coincide con el período de pleno desarrollo español. Se observa la existencia de dos Europas; una desarrollada (central y nórdica) y otra más atrasada sanitariamente que coincide con la región meridional.

En España la gran conquista contra la mortalidad infantil se basa fundamentalmente en el progreso realizado entre el primer mes cumplido y los once meses, pues la mortalidad en ese período, por ejemplo, ha descendido 10 veces entre 1941 y 1969. Sin embargo, la tasa del primer mes, sólo ha descendido a la mitad en esos años; y la tasa de mortalidad en el primer día, incluso ha aumentado un poco (de 6,6 por mil nacidos en 1941 hasta 7,7 en 1969). Todavía en 1960 las áreas urbanas tenían una mortalidad infantil *mayor* que las áreas rurales; pauta que se invirtió a partir de la década de los setenta. Sin embargo en 1970 las diversas tasas de mortalidad infantil eran de 1,3 a 1,7 veces más altas en las provincias pobres que en las más ricas. En resumen, en los dos gráficos se observa cómo la Europa meridional es todavía ese «rabo por desollar» de Europa, por utilizar la expresión poética. Como se ha señalado en otra parte, España adopta en demografía una pauta de centauro, siendo mitad Latinoamérica y mitad Europa <sup>3</sup>.

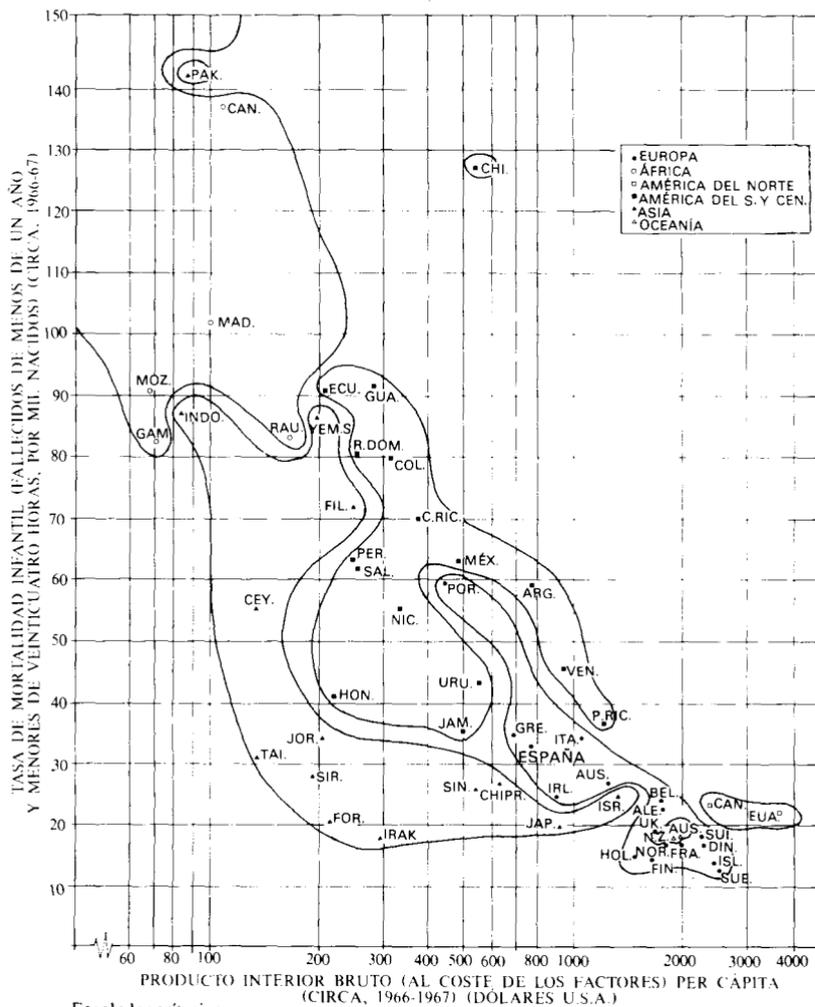
#### PAPEL DE LA MEDICINA.

Se entiende la *puericultura* como el cuidado de la niña o niño sano, y la *pediatría* como la asistencia cuando está enfermo <sup>4</sup>. El objeto es, pues, el mismo, pero distinto el enfoque. Las dos tienden a ser especialidades estrictamente médicas. Los manuales de puericultura se preocupan sobre todo de la nutrición del recién nacido, y los de pediatría de la patología del infante. Ambas conforman una especie de «Medicina Ge-

<sup>3</sup> Véase el capítulo 2 sobre *Estudio de la población y demografía* en el presente libro.

<sup>4</sup> «La *Puericultura* se ocupa sólo de los niños sanos, mientras que la *Pediatría* se ocupa de los niños enfermos. A la primera se la conoce también con el nombre de *Pediatría Preventiva y Social, Pediatría Profiláctica*, y a la segunda con el de *Pediatría Clínica o Curativa*.» Antonio Arbelo y otros, *Vuestro hijo* (Madrid, Milupa, 1979), pág. 16.

GRÁFICO 8.2  
Tasa de mortalidad infantil, según la renta per cápita, por países y continentes  
(CIRCA, 1966-1967)



neral)» para no-adultos. La puericultura se denomina también «el arte de criar niños» (y niñas). Es, pues, una especie de pediatría-de-madres. Se dice que «la madre debe saber puericultura, es decir, higiene del niño. Al médico compete tratar las enfermedades»<sup>5</sup>.

La pediatría nace cuando se introduce el nuevo concepto de infancia, y se asume que la niña y el niño no son adultos en pequeños, sino seres *distintos*<sup>6</sup>. Hay que notar aquí que el considerar a alguien como «distinto» es una forma como otra de discriminación: como son distintos también los negros, los gitanos, y las mujeres. Uno de los primeros pediatras españoles afirmaba, en 1915, que el cuidado sanitario de la infancia era incluso parte de la Sociología: «En estos últimos tiempos la higiene infantil ha adquirido gran preponderancia; es una rama vigorosa de la *Sociología*, porque contribuye a proteger la salud y a salvar la vida del niño, disminuyendo la mortalidad infantil y asegurando la densidad de población que es la más segura base de la riqueza mundial»<sup>7</sup>.

La pediatría se introduce relativamente tarde en España. La primera definición, todavía muy actual, es la de Criado Aguilar en 1902: *Pediatría* es «la parte de la Medicina que se ocupa de las condiciones del organismo infantil, de la modalidad de sus reacciones y de las enfermedades que le son peculiares»<sup>8</sup>. Se abre entonces una etapa en la que se lucha por una disciplina autónoma, con un objeto de estudio propio. Así, en 1915, el catedrático de *Enfermedades de la Infancia*, de Barcelona, reconoce que: «El antiguo precepto, *el niño es la miniatura del hombre*, es absurdo». «Por su constitución anatómica y fisiológica y por hallarse en plena evolución, los niños tienen afecciones exclusivas de su edad, sólo en ellos posibles; aquellas otras enfermedades comunes a él y al adulto, se modifican en el niño por tal modo que aparecen completamente distintas, tienen síndromes diferentes, requieren una semiografía especial y una terapéutica distinta; por eso el criterio patológico del adulto es inaplicable, sin serias modificaciones, al niño»<sup>9</sup>. Se reivindica además que el título de la asignatura debería sustituirse

---

<sup>5</sup> Juan Bosch Marín, en el prólogo de A. Frías Roig, *Lo que deben saber las madres*, 4.ª ed. (Reus, Instituto de Puericultura de Reus, 1945), pág. 4.

<sup>6</sup> Trata de regular la vida en sus aspectos más privados, íntimos y hogareños según Luc Boltanski, *Puericultura y moral de clase* (Barcelona, Laia, 1974), 152 págs. La primera edición francesa es de 1969.

<sup>7</sup> Andrés Martínez Vargas, *Tratado de pediatría* (Barcelona, J. Vives, 1915), pág. 475.

<sup>8</sup> Francisco Criado Aguilar, *Tratado teórico-práctico de las enfermedades de los niños* (Madrid, Asilo de Huérfanos del S. C. de Jesús, 1902), pág. 1.

<sup>9</sup> Andrés Martínez Vargas, *Tratado de pediatría* (Barcelona, J. Vives, 1915), pág. 2.

por el de *Pediatría*, como en otros países, cosa que se logra luego; y termina confundándose con el de «puericultura» utilizado más en Francia. La transformación de las cátedras de medicina infantil denotan esos cambios. Primero fueron «Enfermedades de la Infancia con su Clínica»; luego de «Pediatria»; y más modernamente de «Pediatria y Puericultura».

Sin embargo, a nivel popular, el término «puericultura» va gradualmente perdiendo moda, y se integra cada vez más dentro de una *pediatría* a la vez preventiva y curativa. En la actualidad se utiliza la expresión «puericultor» entre las clases bajas, y «pediatra» entre las clases medias y altas; en ambientes refinados se dice incluso *pediatra*. «Si bien, en ciertos ambientes, las madres tienden a la denominación de puericultor, el médico, generalmente, prefiere la de pediatra»<sup>10</sup>. Sin embargo, a menudo se oyen voces que reivindican la puericultura como algo positivo, y no necesariamente referente a familias pobres. Uno de los catedráticos del ramo asegura que «La Puericultura no es algo pasado de moda o una tarea inferior alejada del quehacer del médico moderno, a quien a veces parece incluso molestar el nombre de puericultor»<sup>11</sup>. La puericultura parece ser tema de mujeres, y la pediatría de varones. Durante unos años se consideraba *puericultora* a toda mujer que cuidase niños y niñas (con o sin el título de «puericultora»), expresión que luego en algunas partes de España se sustituyó por *canguro*.

Los pediatras profesores universitarios llegan a considerar que «la Puericultura es una rama especializada de la *Pediatria*», y no al revés, es decir, una especie de *pediatría preventiva*<sup>12</sup>. Para otros la puericultura no es sino «el arte relativo a todas las medidas encaminadas a conseguir que el niño llegue a la madurez en unas condiciones óptimas de supervivencia social y de lucha por la propia existencia»<sup>13</sup>. En ambos casos la puericultura aparece llena de connotaciones sociales, cosa que es poco usual en otras especialidades médicas<sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup> Francisco Prandi, «Puericultura y pediatría», págs. 501-546, en Arturo Fernández-Crua, comp., *El libro de la salud* (Barcelona, Danae, 1970), pág. 501.

<sup>11</sup> Manuel Cruz, en el prólogo (págs. ix-xii) al libro de Joaquín Plaza Montero, *Puericultura* (Barcelona, Jims, 1966), págs. xi.

<sup>12</sup> Ciriaco Laguna, *Lecciones de pediatría* (Madrid, Pueyo, 1974), pág. 2. «La Puericultura moderna se ha definido como la proyección social de la *Pediatria* o la *Pediatria preventiva*» (pág. 3).

<sup>13</sup> Manuel Blancafort, *Puericultura actual*, 2.<sup>a</sup> ed. (Barcelona, Bruguera, 1975), página 9.

<sup>14</sup> Efectivamente, la Puericultura «tuvo el mérito de enfocar los problemas sociales ya en una época en que apenas entraban en consideración en otras disciplinas médicas». José Selfa, «Introducción a la pediatría preventiva y social», págs. 7-18, en *Quinto Seminario de Pediatría Preventiva y Social* (Valencia, Clínica Infantil-Escuela Departamental de Puericultura, 1975), pág. 8.

La pediatría, como los bebés, viene de París. En 1802 se creó el famoso *Hospital de Niños Enfermos* en París, por lo que durante el siglo XIX se decía que «la pediatría es un arte genuinamente francés»<sup>15</sup>. Se tardó casi 75 años más en construir un hospital-infantil en España<sup>16</sup>. Durante todo el siglo XIX, la mortalidad infantil española era alta, superior al 20 por 100. La pediatría durante el siglo pasado no era sino un apéndice de la toco-ginecología. Un cierto impulso se logra en 1876 cuando Rafael Ulecia funda los *Anales de Obstetricia, Ginecología y Pediatría*.

En 1877 se crea en Madrid el Hospital del Niño Jesús, patrocinado por la Asociación Nacional para la Educación y Sostentamiento de Hospitales de Niños de España (A.N.E.S.H.N.E.), con cerca de 70 camas, trasladándose en 1881 a su actual sede en la avenida de Menéndez y Pelayo. En 1889 pasó a depender de la Junta Provincial de Beneficencia. A su sombra aparecieron las revistas *El Hospital de Niños*, y el *Archivo de Medicina y Cirugía de los Niños* (publicada entre 1885 y 1890). Esta última fue impulsada por el médico González Álvarez. En sus inicios el hospital fue dirigido por Mariano Benavente (1818-1885), que puede considerarse como uno de los proto-pediatras españoles más importantes. El retraso de la pediatría en España proviene de que aunque existiese el Hospital del Niño Jesús, éste no pasó a cumplir funciones docentes, sino que permaneció separado de la universidad. Es recién llegado 1886 cuando se crea la primera cátedra especializada de *enfermedades de la infancia* (separada de la obstetricia), siendo los primeros catedráticos Francisco Criado Aguilar y Andrés Martínez Vargas. En concreto la primera cátedra fue la de Criado Aguilar, en Madrid, y se titulaba «Enfermedades de la Infancia, con su Clínica».

Tanto la *puericultura* como la *pediatría* son ciencias relativamente recientes, y que, como hemos visto, en España no aparecen hasta muy finales del siglo XIX. Hasta entonces existían *hospicios* (para infantes) e *inclusas* (fundamentalmente para expósitos o abandonados, en su mayoría ilegítimos). Posteriormente se crearon las *Gotas de Leche*, especie de guarderías y lactarios del siglo pasado<sup>17</sup>. En 1897, el conocido médico Tolosa Latour (impulsor años más tarde) de la *Ley de Protec-*

---

<sup>15</sup> Un brevísimos estudio de la historia de la pediatría mundial (con un enfoque especial de la española) aparece en Luis S. Granjel, *Historia de la Pediatría* (Madrid, Antibióticos S.A., Circa, 1965), 46 págs.

<sup>16</sup> Para unas referencias sobre historia de la pediatría española puede verse: Luis S. Granjel, *Historia de la medicina española* (Barcelona, Sayma, 1962), 206 págs.

<sup>17</sup> Al parecer, la primera *Gota de Leche* se creó en España en 1880 (en Barcelona) por el médico Vidal Solares; el mismo que creó el *Hospital de Niños Pobres de Barcelona*. Su objetivo era facilitar leche esterilizada para la alimentación de los recién nacidos. A esos bancos-de-leche también se les denomina *lactarium*.

*ción a la Infancia* creó un sanatorio marítimo para niños en Chipiona (Cádiz).

En 1900, Andrés Martínez Vargas (1861-1948), catedrático que fue de Granada y Barcelona, fundó la revista *La Medicina de los Niños*. Por fin, en 1904, se promulgó la primera *Ley de Protección a la Infancia*, que era una copia de la ley francesa de 1874. En cualquier caso, la ley de 1904 (12 de agosto) tardó cuatro años más en desarrollar un reglamento (24 de enero de 1908). En 1914 se celebró el *Primer Congreso Español de Pediatría*, en Palma de Mallorca, donde se aprobó el «Código de la Madre». Frías Roig fue el creador, en 1919, del primer Instituto de Puericultura (de carácter benéfico) precisamente en Reus. Como puede observarse, muchas de las instituciones pediátricas de principios de siglo son obras de carácter benéfico-privado, siendo poco importante el apoyo del sector público o de la universidad.

En 1925 se creó una *Escuela Nacional de Puericultura* en Madrid, y posteriormente aparecieron las *Escuelas provinciales*. Este esquema se conservó tras la guerra civil, y se potenció con la reglamentación de 1947, en la que la enseñanza de la puericultura se realizaba a través de las correspondientes Escuelas, de las cuales había tres tipos: la *Escuela Nacional de Puericultura* (en Madrid), las *Escuelas Departamentales* (en los distritos universitarios con Facultad de Medicina), y las *Escuelas Provinciales* (en el resto de las provincias). Todas estaban (por el reglamento de 1947) bajo la autoridad de la Escuela Nacional de Sanidad. En 1929 se creó el Tribunal Tutelar de Menores, que regentaba los *reformatorios* para menores de edad. Al parecer, la efectividad de estos reformatorios no era muy alta, si hacemos caso de lo que dice un pediatra años después: «A pesar de todo lo que se ha hecho durante tantos años para evitarlo, todavía hay una buena proporción de chicas que caen en el vicio, una vez libres de la tutela del Tribunal, y de chicos que se dedican al hurto y cometen delitos castigados por el Código Penal»<sup>18</sup>. En 1932, por fin empiezan a crearse los *Centros Provinciales de Higiene Infantil*.

Después de la guerra civil de 1936-1939, y en la década de los cuarenta, se nota una preocupación —al menos verbal— del sector público por la puericultura y la pediatría. Era parte de los deseos imperiales de la época, y de la ideología fascista. La Dirección General de Sanidad (dentro del Ministerio de la Gobernación) mantuvo entonces una «Sección de Puericultura, Maternología e Higiene Escolar», que popularizó una colección de folletos titulados *Al servicio de España y del Niño Español*. En la primera década se llegaron a publicar 154 volúmenes con títulos tan característicos como: *Lo que ha hecho Sevilla por*

---

<sup>18</sup> Pedro Puig Roig, *Para una generación mejor* (Barcelona, Dalmau y Jover, 1955), pág. 854.

los niños desde que se inició el glorioso *Movimiento Nacional*; *El problema de la lactancia materna durante la dominación roja en Bilbao*; *La vida de tu nene depende de ti, mujer*; *Cómo ha resuelto la Italia de Mussolini el problema demográfico*; y *Aspectos deontológicos de la lactancia*. En 1941 se reconoció (en la Orden del 20 de diciembre) a la Puericultura como: «base de la felicidad familiar. Ayudemos al progreso de España. El Caudillo quiere 40 millones de españoles». Una preocupación médica infantil se había desarrollado en las instituciones de cuidado de niñas y niños abandonados o huérfanos, que cristalizó en la Obra de Protección de Menores. Se marcaba entonces «la diferencia entre la antigua beneficencia, que no indaga la causa del mal, ni el medio de destruirlo, y la moderna asistencia, que procura solucionar, de manera definitiva, los problemas sanitarios y sociales del menesteroso»<sup>19</sup>. La realidad no se amoldó necesariamente a este pronunciamiento de deseos.

En 1941, se publicó una nueva *Ley de Sanidad Infantil y Maternal*, que creó los Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia, sobre todo en zonas rurales. Esta ley, fundamentalmente reorganizadora, propuso incluso crear un «Museo Nacional del Niño», y que todos los niños y niñas (menores de 15 años) tuviesen un «cuaderno sanitario», especie de historial médico al día. Ese mismo año se planeaba seriamente la enseñanza de la puericultura en los dispensarios públicos a todas las mujeres lactantes otorgándoles posteriormente un *Diploma de Madre Ejemplar*. Durante los años cuarenta el Instituto Nacional de Previsión mantuvo una *Obra Maternal e Infantil*. La *Ley de Bases de la Sanidad Nacional* de 1944 siguió con la vieja idea del *cuaderno sanitario*, «en donde se inscribirán las incidencias más destacadas que afecten a su salud», y que luego no se aplicaría. En la actualidad, y cumpliendo esa ley, existe una cartilla denominada «Documento de Salud Infantil» (de 24 páginas), que apenas si se utiliza. Desde 1947 las Escuelas de Puericultura empezaron a dar títulos de médico-puericultor, enfermera-puericultora, puericultora-diplomada, y auxiliar-de-puericultura. Además tenían como objetivo el «divulgar entre las clases populares, particularmente entre las madres, las nociones fundamentales de higiene infantil». Dentro de las Escuelas había incluso un capellán «encargado de la dirección y formación espiritual de las alumnas». Eran otros tiempos.

El Estado español fue incapaz de crear un servicio especial de pediatría-puericultura para toda la infancia, salvo como parte de un

---

<sup>19</sup> Francisco de A. Manich y Juan Córdoba, *Higiene social de la infancia* (Barcelona, Imprenta-Escuela de la Casa Provincial de Caridad, 1942), 132 págs.; pág. 16. Recoge la doctrina de la Oficina Central del Niño, que había sido creada en 1941 por la Junta Provincial de Protección de Menores de Barcelona. El libro aparece con el *Nihil Obstat* correspondiente.

sistema sanitario de seguridad social obligatoria para familias con ingresos bajos. La especialidad de Pediatría-Puericultura no se incorporó en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) hasta el año 1950, es decir, muy tardíamente. Al principio se asignaron 9.500 familias («cartillas») a cada pediatra, que tenía la obligación de asistir a toda la población menor de 10 años. Esa cifra era ridículamente alta, y apenas permitía un desempeño serio de la especialidad dentro del sistema público<sup>20</sup>. Por fin, en 1958 se crearon los *pediatras-puericultores de zona* dentro del S.O.E., que asistían a niñas y niños de hasta siete años de edad. El sector público permitió posteriormente un desarrollo considerable de la profesión pediátrica, que, sin embargo, no vino acompañado de una elevación proporcional en el nivel de salud infantil<sup>21</sup>.

#### PERSONAL SANITARIO.

El modelo no está claro. En muchos países europeos es el *médico-general* el que es responsable de la asistencia de la infancia; así, en Europa occidental, Escandinavia, y el Reino Unido. En la Europa del Este, y España, es el *pediatra* el que se ocupa de los niños y niñas. En otros países, como los Estados Unidos, se admite un modelo mixto en

TABLA 8.1  
*Médicos, según su actividad, en 1970*

	Portugal	España	Yugoslavia	Italia (c)
Número total de médicos . . . . .	8.156	45.335	20.369	86.218
Medicina general (a) . . . . .	5.129	19.579	11.168	50.362
	(%) 62,9	43,2	54,8	58,4
	(R) 59,0	57,9	55,0	97,6
Pediatría . . . . .	(T) 338	3.950	1.229	6.097
	(%) 4,1	8,7	6,0	7,1
	(R) 3,9	11,7	6,0	11,8
Obstetricia y Ginecología . . . . .	(T) 471	2.359	946	3.417
	(%) 5,8	5,2	4,6	4,0
	(R) 5,4	7,0	4,7	6,6
Psiquiatría . . . . .	(T) 150	1.155	645 (b)	1.486 (b)
	(%) 1,8	2,5	3,2	1,7
	(R) 1,7	3,4	2,1	2,9

Fuentes: W.H.O., *World Health Statistics Annual 1970*, vol. 3, págs. 92-98, y M. Calciopetro et al., *I medici in Italia: Struttura demografica e distribuzione territoriale* (Rome, Centro di Statistica Sanitaria, 1967), págs. 8-12.

NOTAS: (a) T, es el número total de casos; %, el porcentaje sobre el número total de médicos del país, y R, la ratio o tasa de médicos por 100.000 habitantes. (b) Incluye neurología. (c) Datos referentes a 1964.

<sup>20</sup> Una descripción de esa polémica aparece en: Antonio Arbelo, *Historia de la pediatría-puericultura en el Seguro Obligatorio de Enfermedad 1951-1961. Propuesta para un nuevo plan* (Madrid, Ediciones de la Asociación de Pediatras Españoles, 1963), 83 págs.

<sup>21</sup> Ciriaco Laguna, *Lecciones de pediatría* (Madrid, Pueyo, 1974), pág. 4.

que tanto los médicos-generales como los pediatras pueden tratar a los menores de edad. Aparte, en casi todos los países cada vez es más corriente la utilización de los servicios de *urgencia hospitalaria* para consulta pediátrica e incluso en puericultura. Como puede verse en la tabla 8.1, la proporción de pediatras en España era ya la más alta de los países de Europa meridional en 1970. En la década de los setenta se defiende el avanzado desarrollo numérico de la profesión de pediatría como una especialización esencial: «La pediatría no es una especialidad como las demás. Es más que nada una manera de comprender la medicina interna, para poder aplicarla de un modo singular». Los autores terminan considerando que la pediatría es *una superespecialización de la medicina interna* <sup>22</sup>.

TABLA 8.2  
Evolución del número de médicos  
(Por 100.000 habitantes)

Años	Total de médicos	Medicina General	Pediatría y Puericultura	Cirugía y traumatismo	Toco-ginecología	Psiquiatría
1976 (a) . . . . .	151	66,6	13,5	13,2	8,0	4,7
1970 . . . . .	129	56,7	11,9	10,8	7,7	3,4
1966 . . . . .	120	52,9	10,8	10,0	7,6	2,6
1960 . . . . .	114	53,8	8,7	8,9	7,2	2,2
1956 . . . . .	106	52,5	7,3	7,9	6,7	2,0

Fuentes: Datos de la U.M.F.E. (Unión Médica Farmacéutica Española); I.N.E., *Anuario Estadístico de España 1974*, pág. 455.

NOTAS: Los datos incluyen Ceuta y Melilla (con un total de 156 médicos en 1973). (a) La población es la calculada para el 1 de julio de 1975.

En la tabla 8.2 se puede observar la evolución, de la tasa de especialistas, en dos décadas, 1956-1976. El crecimiento relativo más impresionante se ha producido entre los psiquiatras, y luego entre *pediatras-puericultores*. El incremento entre esos dos años se distribuye así:

	Porcentajes
Psiquiatras . . . . .	135
Pediatras . . . . .	82
Cirujanos . . . . .	67
Médicos Generales . . . . .	27
Ginecólogos . . . . .	19
Total médicos . . . . .	42

Se observa enseguida que el crecimiento del número de médicos generales es muy inferior al de especialistas, y que el de pediatras es uno de los mayores. En niveles de tasas (por 100.000 habitantes), la *pediatría*

<sup>22</sup> José Llorens y otros, *Pediatría clínica* (Barcelona, Jims, 1976), vol. 1, pág. vii.

es la primera especialidad médica, aunque no sea la especialidad con más ingresos ni más poder dentro de los médicos. La pediatría representa aproximadamente el 10 por 100 de todos los médicos. Es además una especialidad con muchas mujeres: 16 por 100 frente al 8 por 100 del total de médicos, o el 4 por 100 de los médicos generales (en 1975). Es decir, que una de cada cuatro médicas del país es pediatra. Es además una profesión relativamente joven: con un 7 por 100 de pediatras de 65 y más años frente a un 11 por 100 del total de médicos, o un 16 por 100 de médicos generales (véase tabla 8.3).

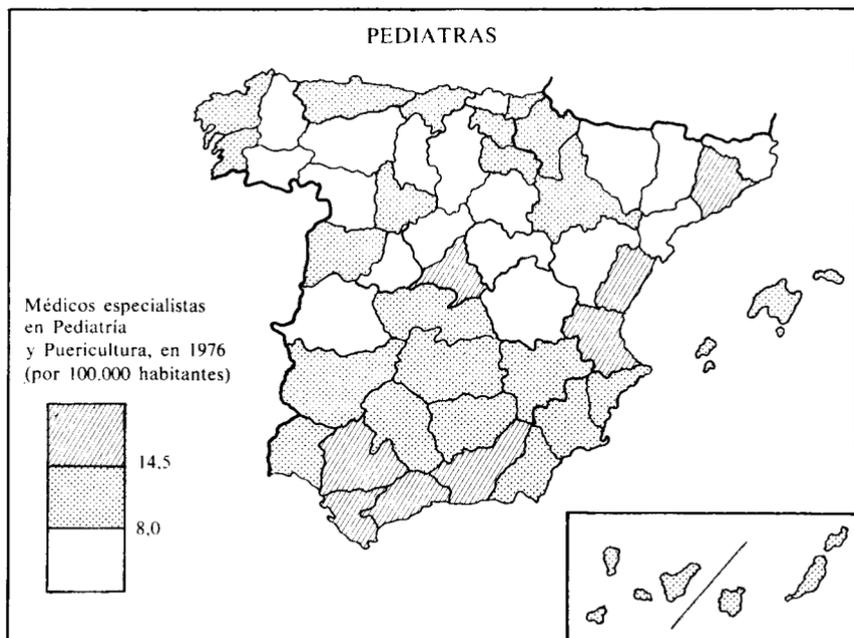
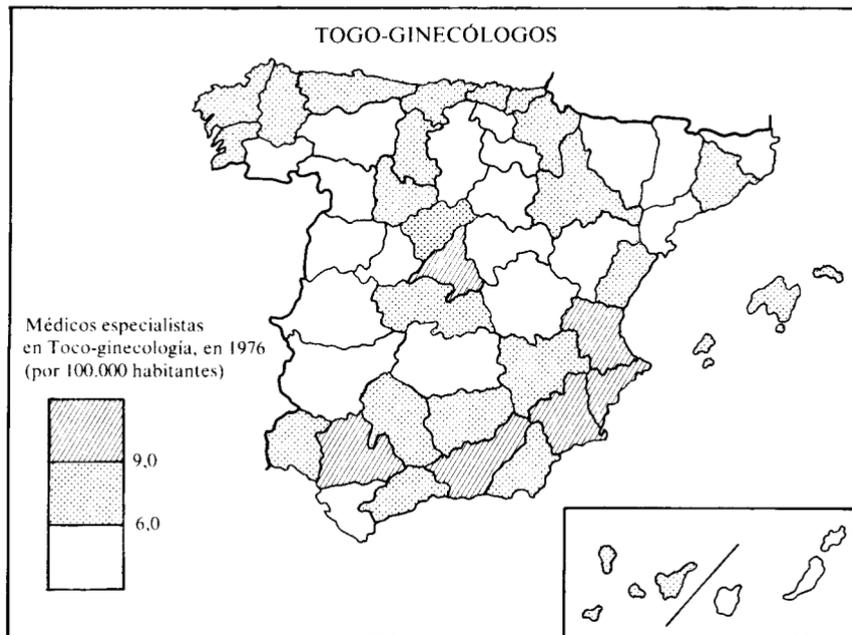
TABLA 8.3  
*Distribución, por edad, de los médicos en 1974*

Grupos de edad	Tasas por 1.000		
	Total de médicos	Médicos generales	Pediatras
Menores de 25 años .....	32	40	22
De 25 a 29 .....	157	130	120
De 30 a 34 .....	148	96	157
De 35 a 39 .....	108	76	142
De 40 a 44 .....	125	118	157
De 45 a 49 .....	100	103	116
De 50 a 54 .....	94	108	93
De 55 a 59 .....	64	78	63
De 60 a 64 .....	67	94	57
De 65 a 69 .....	63	100	43
De 70 a 74 .....	26	36	18
De 75 años y más .....	17	22	11
Totales .....	1.000 (51.424)	1.000 (14.270)	1.000 (4.859)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de profesionales sanitarios: Años 1974-1975* (Madrid, I.N.E., 1977), págs. 16-17.

A excepción de los estomatólogos, los médicos especialistas se concentran en general en Madrid y en el litoral, con una proporción alta en el sur de España. Mientras tanto, la carencia mayor de médicos generales es en el sur del país, Andalucía y Extremadura. La concentración de Madrid (y Barcelona) es abusiva. Toco-ginecología y pediatría-puericultura son especialidades con una distribución regional similar. Hay abundancia relativa en el sur y sureste de la península, Madrid, Vizcaya, y Barcelona, con una falta relativa en el interior (las dos Castillas). Una razón obvia es la mayor natalidad de algunas zonas del Sur, y la mayor proporción de niñas y niños, que lleva a la expansión de dichas especialidades. Sin embargo, la falta de médicos (especialmente médicos generales) en el Sur, y la relativa abundancia de ginecólogos y pediatras sugieren una diferente estructura de edades de los médicos,

MAPA 8.1  
*Distribución provincial de ginecólogos y pediatras en 1976*



siendo más jóvenes los especialistas del sur y de la Comunidad Valenciana. Los desequilibrios son más claros en el caso de los ginecólogos, aunque en números absolutos hay más diferencias respecto de los pediatras. En el mapa 8.1 pueden observarse mejor esas variaciones regionales. La distribución es irregular, aunque se concentran en las zonas más urbanizadas. En 1974 había ya un 9 por 100 de pediatras, en España, con menor concentración en Barcelona (8 por 100), mayor en Madrid (11 por 100), y mucho mayor en Valencia (15 por 100) <sup>23</sup>.

La distribución de especialistas varía bastante según las provincias. En 1960 la provincia de Madrid tenía menos médicos generales que Barcelona-provincia; una década después, ambos porcentajes eran similares, alrededor del 40 por 100. En la actualidad, Madrid tiene más especialistas que Barcelona, y la tendencia parece que es a incrementar el número de médicos generales, aunque los aumentos son pequeños: 47 por 100 en 1960 y 44 por 100 en 1970 y 1976 (véase la tabla 8.4). Madrid y Barcelona tienen una concentración (relativamente) baja de ginecólogos; y Barcelona, baja de estomatólogos analistas y medicina interna. Lo que sorprende es que, en contra de la teoría del especialismo de los médicos, cada vez hay un mayor porcentaje que se dedica a medicina general en las provincias más populosas:

Años	Porcentaje de médicos generales	
	Madrid	Barcelona
1960. ....	29	40
1970. ....	40	42
1976. ....	42	51

Sin embargo, esta tendencia (debida al *boom* de jóvenes médicos) puede cambiar de signo en los próximos años. En 1960, tanto Madrid como Barcelona tenían más pediatras que la media nacional, pero Madrid más que Barcelona. En 1970, todavía la posición de estas dos provincias es ventajosa en el número de pediatras, pero Barcelona supera a Madrid. En 1976 ambas tasas son iguales, y por primera vez inferiores a la media nacional. Todo parece indicar que la sobreabundancia de pediatras no es necesariamente un signo de desarrollo sanitario, sino seguramente lo contrario.

No todos los médicos se concentran en la capital de provincia de igual forma. En total, hay 3,5 veces más médicos en las capitales, pero

<sup>23</sup> Para algunas explicaciones sobre la importancia, y abundancia, de pediatras en Valencia, puede verse José Selfa, *La hospitalización pediátrica en España* (Valencia, Real Academia de Medicina de Valencia, 1968), 97 págs.

TABLA 8.4  
Evolución de la distribución de especialistas en Madrid y Barcelona  
(Porcentajes)

Médicos	1960			1970			1976		
	Total	Madrid	Barcelona	Total	Madrid	Barcelona	Total	Madrid	Barcelona
Médicos generales . . . . .	47,3	29,4	40,3	43,9	40,5	42,0	44,2	42,1	50,9
Pediatras . . . . .	7,6	10,1	8,8	9,2	9,6	10,5	8,8	8,6	8,6
Cirujanos . . . . .	7,8	10,1	10,7	8,3	8,9	10,2	8,8	9,0	8,4
Ginecólogos . . . . .	6,3	6,8	7,0	6,0	5,4	6,3	5,3	4,7	4,6
Sistema respiratorio . . . . .	4,5	5,8	5,6	4,0	4,2	4,5	3,5	3,6	3,5
Estomatólogos . . . . .	2,9	4,8	1,7	3,7	4,3	2,3	3,5	3,9	2,9
Sistema digestivo . . . . .	3,2	4,1	4,2	3,0	2,9	3,9	2,7	2,8	2,9
Análisis . . . . .	2,9	4,1	2,4	3,0	3,8	2,4	3,1	3,6	1,9
Psiquiatras . . . . .	1,9	2,9	3,0	2,6	3,2	3,4	3,1	3,9	3,5
Medicina interna . . . . .	3,6	7,0	1,7	2,6	6,2	3,4	5,9	6,7	3,8
Oftalmólogos . . . . .	2,8	2,6	2,6	2,3	1,9	1,9	2,0	1,7	1,6
Totales . . . . .	34.567	5.105	4.282	43.693	8.013	6.080	53.431	9.980	8.092

Fuentes: Unión Médica Farmacéutica Española, *Relación numérica de médicos, farmacias, odontólogos y veterinarios de España* (años 1960, 1970 y 1976).

esta cifra es muy superior en el caso de los especialistas, hasta 5,3 veces. Los datos para 1976 son:

	Capitales / Resto de provincia
Psiquiatras . . . . .	7,8 veces
Cirujanos . . . . .	6,4
Internistas . . . . .	5,4
Ginecólogos . . . . .	3,9
Pediatras . . . . .	3,8
Médicos generales . . . . .	2,3
Especialistas . . . . .	5,3
Total médicos . . . . .	3,5

Pediatría no es la especialidad más desigual en cuanto a las diferencias campo/ciudad; es 3,8 veces más abundante la tasa en las ciudades que en el campo. Como puede verse en la tabla 8.5, las diferencias son mayores en Madrid (4,3 veces) que en Barcelona (3,6 veces).

Hacia 1970, la *tasa de puericultores y pediatras* en las cincuenta provincias correlaciona, extrañamente, con diversas tasas de mortalidad infantil <sup>24</sup>:

<sup>24</sup> Fundación F.O.E.S.S.A., compo., *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid, Euramérica, 1970), pág. 801.

Tasas de mortalidad en la infancia en 1970	Correlación con la tasa provincial de puericultores y pediatras
<i>Fetal tardía</i> (28 semanas al parto) . . . . .	- 0,18
<i>Neonatal</i> (primer mes) . . . . .	0,24
<i>Postneonatal</i> (del primer mes al primer año) . . . . .	0,53
<i>Infantil parcial</i> (del primer día al primer año) . . . . .	- 0,42
<i>Infantil</i> (antes del primer año) . . . . .	- 0,28
<i>En la infancia</i> (uno a cuatro años) . . . . .	- 0,06

Es posible que ello se deba precisamente a las bajas cifras de mortalidad en la infancia, lo que puede producir que los coeficientes sean erráticos. En cualquier caso, la asociación positiva con mortalidad neonatal y postneonatal es sopechosa, aunque todo podría explicarse por la alta correlación de puericultores y pediatras con variables como urbanización (0,74), desarrollo (0,69), y la tasa de asegurados a la Seguridad Social (0,51). De hecho, la mortalidad postneonatal aparece asociada con el nivel de desarrollo (0,50). Todo parece indicar que en la situación actual lo que influye sobre un nivel bueno de salud de la población infantil no es ya la existencia de médicos y camas (como en décadas pasadas), sino el nivel de desarrollo económico y de urbanización. Un análisis causal refinado de esta hipótesis fue publicado en 1976<sup>25</sup>.

#### RECURSOS SANITARIOS:

Hay que partir de la idea de que el coste de la asistencia sanitaria en España supuso en 1980 aproximadamente el 30 por 100 de los recursos de la Seguridad Social, con fuerte predominio de la asistencia hospitalaria:

Tipo de asistencia sanitaria	Porcentaje del coste total
Hospitales propios . . . . .	37,4
A domicilio (medios propios) . . . . .	32,1
Contratada (medios ajenos) . . . . .	21,5
Ambulatorios propios . . . . .	7,0
Docencia . . . . .	1,8
Investigación . . . . .	0,2
<b>Total . . . . .</b>	<b>100,0</b>

<sup>25</sup> Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region: A Comparative Analysis of the Health Systems of Portugal, Spain, Italy, and Yugoslavia* (Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, 1976), págs. 366-372. Véase, además, Benjamín Oltra y Jesús M. de Miguel, «Sistema sanitario y cambio social: Un modelo de *path analysis* para el caso de España», en *Papers: Revista de Sociología*, núm. 5 (1976), págs. 55-99.

TABLA 8.5  
Especialistas en Madrid y Barcelona en 1976  
(Por 100.000 habitantes)

Médicos especialistas	Madrid		
	Capital	Resto de la provincia	Total
<i>Total médicos</i> . . . . .	261	61,8	225
<i>Total especialistas</i> . . . . .	153	25,7	130
Medicina general . . . . .	108	36,1	95
Pediatría-Puericultura . . . . .	22	5,1	19
Cirugía-Traumatología . . . . .	24	3,7	20
Medicina interna . . . . .	18	2,5	15
Toco-ginecología . . . . .	12	2,3	11
Psiquiatría . . . . .	10	2,3	9
Médicos especialistas	Barcelona		
	Capital	Resto de la provincia	Total
<i>Total médicos</i> . . . . .	346	66,7	181
<i>Total especialistas</i> . . . . .	175	29,4	90
Medicina general . . . . .	171	37,4	92
Pediatría-Puericultura . . . . .	27	7,6	16
Cirugía-Traumatología . . . . .	31	4,0	15
Medicina interna . . . . .	13	2,3	7
Toco-ginecología . . . . .	16	3,3	8
Psiquiatría . . . . .	14	1,0	6
Médicos especialistas	España		
	Capital	Resto de la provincia	Total
<i>Total médicos</i> . . . . .	270	76,7	151
<i>Total especialistas</i> . . . . .	168	32,0	84
Medicina general . . . . .	102	44,6	67
Pediatría-Puericultura . . . . .	24	6,5	13
Cirugía-Traumatología . . . . .	28	4,3	13
Medicina interna . . . . .	18	3,3	9
Toco-ginecología . . . . .	15	3,8	8
Psiquiatría . . . . .	10	1,3	5

Fuentes: U.M.F.E., *Censo de médicos, farmacias, veterinarios y odontólogos de España* (Madrid, 1976), y I.N.E., *Anuario Estadístico de España, 1975* (Madrid, 1976), págs. 455 y 459.

NOTAS: Los datos de especialidades se refieren a enero de 1976. La población es la calculada para 1 de julio de 1975.

Se gastan, de todas formas, más de medio millón de millones de pesetas al año en asistencia sanitaria directa. Tanto el cuidado de niños y niñas como de mujeres está en mayor proporción en manos privadas que en el sector público. Mientras que, en 1975, del total de camas el 31 por 100 pertenecen al sector privado, éste monopoliza el 41 por 100 de las camas de maternidades, y el 51 por 100 de las camas de hospitales-infantiles. Y del total de enfermos ingresados, el sector privado ocupa el 54 por 100 de los ingresos en maternidades y el 79 por 100 en hospitales-infantiles. Es un hecho que la niñez y las mujeres son un lucrativo negocio privado en España.

Todavía en 1969, el 55 por 100 de las mujeres españolas tuvieron su último parto en casa (el 52 por 100 en su casa y el 3 por 100 en casa de su madre), frente al 22 por 100 en un hospital privado y el 22 por 100 en un hospital o maternidad del sector público. Las pautas varían lógicamente según la clase social. Esta puede ser medida por el nivel de estudios del ama-de-casa (véase cuadro de la página siguiente).

Existe una relación clara entre clase social y la pauta de parir en un hospital privado, pero la relación inversa no es tan fuerte respecto del sector público. En 1969 la clase alta paría en casa la mitad de veces que la clase baja, y siete veces más en hospitales privados. Una causa obvia es la mala calidad de asistencia al parto o de atención personal en los hospitales de la Seguridad Social (actualmente del INSALUD)<sup>26</sup>. La diferencia entre parir en *casa* o en un *hospital* es sobre todo cultural. Una vez decidido ir a un hospital, la clase social discrimina si se va a uno privado o a uno público.

El total de camas («unidades de hospitalización») de asistencia pediátrica en 1975 eran 13.990; es decir, el 7,3 por 100 del total de camas del país, pero el 18 por 100 de ellas estaban en hospitales-infantiles especializados. Las camas pediátricas están generalmente peor atendidas,

<sup>26</sup> Nadie ha justificado todavía que la mortalidad alrededor del parto (técnicamente: fetal, intranatal, y en las primeras 24 horas) no ha hecho más que crecer en los partos realizados en la Seguridad Social:

Años	Mortalidad alrededor del parto (por 1.000 nacidos vivos)	
	Seguridad Social	En toda España
1965.....	32,1	31,1
1970.....	59,3	25,6
1972.....	63,3	23,5

Es decir, en una década, la mortalidad alrededor de los partos atendidos por la Seguridad Social se ha doblado, sin que nadie explique, o al menos disculpe, tan inusitado fenómeno. Obviamente, una explicación es que a la Seguridad Social le llegan los casos más extremos o difíciles.

Nivel de estudios en 1969	Lugar donde parieron la última vez (en porcentajes)		
	En casa	Hospital privado	Hospital público
Medios y superiores .....	37	45	18
Secundarios.....	42	41	16
Primarios completos .....	51	27	23
Parte de primarios .....	64	13	24
Sin estudios.....	70	7	24
Totales .....	52	22	22

pues tienen adscritos tan sólo el 5,7 por 100 de los médicos hospitalarios (2.384 especialistas en pediatría). El número de hospitales-infantiles no ha crecido demasiado. Eran ya 12 en 1949 (es decir, el 0,7 por 100 de todas las camas) y pasaron a 22 en 1975 (1,3 por 100 de las camas). En el total de los hospitales se ha producido un *proceso de concentración*, con menos hospitales pero más grandes. Este proceso ha sido más lento en los hospitales-infantiles, y sólo visible a partir de 1963. En ese año existían 28 hospitales-infantiles, es decir, 6 más que en la actualidad; pero con 74 camas de media frente a 117 camas en 1975. El nivel de centralización de los hospitales-infantiles es también considerable: el 58 por 100 de las camas están en Barcelona y Madrid. Pero es que, del total de camas pediátricas (incluyendo todo tipo de hospitales), el 28 por 100 están en Madrid y Barcelona, donde se lleva a cabo el 42 por 100 de la cirugía pediátrica que se realiza en España (en 1975).

En 1976 existían en España unos 20 *hospitales-infantiles* con un total de 2.707 camas (es decir, el 1,4 por 100 de las camas del país, pero el 2,8 por 100 de los hospitales que no son generales). En total se ingresaron 49.100 pacientes, con una media de 12 días de estancia; y al 30 por 100 de esos pacientes se les realizó una intervención quirúrgica. Sin embargo, el impacto mayor de esos hospitales es en el número de consultas externas; con una media de 91 consultas diarias por hospital. En total se supone que trabajan 720 médicos en esos hospitales, o, lo que es lo mismo, 3,8 camas por médico, y 2,5 consultas externas al día. Los médicos sólo representan el 24 por 100 del total del personal de estos hospitales; frente al 45 por 100 del personal de enfermería. Pediatría es, pues, una especialidad no muy hospitalaria; el 44 por 100 de los pediatras trabajan en algún hospital, frente al 66 por 100 del total de los médicos (datos de 1974). Sin embargo, de todos los pediatras que trabajan en un hospital, el 43 por 100 lo hacen en uno privado, y menos de la tercera parte (el 30 por 100) en uno de la Seguridad Social.

La importancia numérica de los hospitales-infantiles especializados no es muy grande, pues atienden sólo al 15 por 100 de los pacientes pediátricos que se ingresan. La mayoría de las hospitalizaciones infantiles se realizan en hospitales generales, el 78 por 100. Estos hospitales-generales atienden el 70 por 100 de la asistencia hospitalaria a prematuros, el 84 por 100 de la medicina-pediátrica, y el 61 por 100 de la cirugía-pediátrica. Se desprende de aquí que la utilización más frecuente de los hospitales-infantiles es para cirugía-pediátrica (30 por 100 del total de la cirugía-pediátrica).

En la tabla 8.6 se resume la asistencia pediátrica en España en 1975. Según los datos oficiales, la infancia consume sólo el 7,3 por 100 de las camas del país, pero el 8,9 por 100 de los enfermos ingresados, el 5,7 por 100 de las estancias, y el 10 por 100 de las consultas externas. La pediatría es pues eminentemente ambulatoria y poco hospitalaria, y menos aún los hospitales especializados. Los hospitales-infantiles sólo están ocupados de media el 65 por 100 de su capacidad, a pesar de ser relativamente pequeños (117 camas de media). Cada vez se utilizan más los servicios-de-urgencia de los hospitales para consultas que no son necesariamente «urgencias», pero que sirven como formas de obtener una atención médica inmediata, sobre todo para personas de clase baja. En el total de los hospitales españoles se ingresan unos 15 enfermos por cama al año, pero se atienden 79 pacientes en consultas externas (por cada cama). En pediatría el aprovechamiento es aún mayor: 18 enfermos ingresados, y 108 consultas externas, por cama. Del total de 15 millones de consultas externas que se realizaron en 1975 en todos los hospitales españoles, 1,5 millones (es decir, una de cada diez) se refirieron a niñas o niños.

TABLA 8.6  
*Asistencia pediátrica hospitalaria en España en 1975*

Asistencia hospitalaria	Número de camas	Enfermos por cama al año	Estancia media por enfermo (en días)	Consultas externas (por cama) al año
Para prematuros . . . . .	3.199	9,0	15,8 días	13
Medicina pediátrica . . . . .	8.176	21,4	10,4	142
Cirugía pediátrica . . . . .	2.615	18,6	9,6	114
Total pediátrica . . . . .	13.990	18,0	10,8	108
En los hospitales infantiles . . . . .	2.570	17,2	13,8	223
Total hospitales . . . . .	190.444	14,9	16,8	79
Porcentaje de asistencia pediátrica. . .	7,3 %	8,9 %	5,7 %	10,0 %

El coste medio («gastos corrientes») por *estancia* en los hospitales-infantiles no es demasiado alto (datos de 1975):

Tipos de hospitales	Coste diario (en pesetas)
Generales .....	2.842
Maternidades .....	1.845
Quirúrgicos .....	1.807
Infantiles .....	1.630
Psiquiátricos .....	375

De media una niña o niño ingresado en un hospital-infantil cuesta unas 22.474 pesetas, frente a 34.558 de un enfermo en un hospital general. A pesar de la ridiculez de 375 pesetas por estancia de un enfermo mental, cada uno llega a costar 98.635 pesetas de gastos corrientes, pues cada enfermo dura ingresado un promedio de 263 días frente a 14 días en un hospital-infantil). En resumen, la asistencia pediátrica está bastante privatizada, utiliza pocos recursos, poco capital humano a nivel hospitalario, y se basa preferentemente en asistencia ambulatoria.



## CAPÍTULO 9

### TENDENCIAS EN LA ANCIANIDAD

Toda sociedad está sometida a procesos de integración y de desintegración o conflicto. En este sentido, toda sociedad constituye un sistema que tiende hacia un equilibrio, un equilibrio inestable, y por consiguiente puede afirmarse, con Park, que toda sociedad está siempre organizándose y desorganizándose. Pero la organización es, obviamente, una característica que corresponde a una población, es una propiedad del agregado y no del individuo, que constituye la respuesta adaptativa de una población a su medio. Pues bien, ese proceso adaptativo se realiza mediante un proceso continuo de diferenciación y organización de las funciones.

// Producto del proceso de diferenciación social son los diferentes *status* sociales, es decir, las diferentes posiciones específicas que existen en los sistemas sociales, y a las que corresponden ciertas expectativas de comportamientos denominadas *roles* o *papeles* sociales. El *status* y el *rol*, que no son sino el aspecto estático y dinámico de una posición social, son propiedades del individuo, aunque emanen del proceso de diferenciación funcional que en cada momento da origen a una específica forma de organización social. Pero, la sociedad se ve atrapada, como dice Linton, en los cuernos de un dilema. Por una parte, la sociedad tiende a *adscribir* *status* diversos a cada individuo lo más pronto posible, de forma que éste pueda aprender pronto las pautas de comportamiento que de él o ella se esperan, es decir, su rol social. Pero por otra parte, la sociedad tiende asimismo a demorar la *asignación* de ciertos *status* hasta que cada individuo haya demostrado cuáles son sus habilidades y aptitudes concretas para desempeñar un *papel* determinado. Este dilema es el que lleva a toda sociedad a combinar ambos criterios, de forma que se asignan a cada individuo ciertos *status* en el momento de nacer, y se espera a que el individuo muestre

sus habilidades antes de asignarle otros. A los primeros suele denominárselos *status adscritos*; y a los segundos *status adquiridos*.

La importancia de los *status adscritos* radica no sólo en que son los primeros que se asignan al individuo, sino en que, precisamente por serlo, condicionan las posibilidades de *adquirir* otros a lo largo de la vida. Entre los criterios que las sociedades toman para la *adscripción* (ciega) de *status*, se pueden mencionar, por ejemplo, el sexo, la edad, el parentesco, la raza o la pertenencia a cualquier otra categoría social (casta, grupo étnico, grupo religioso, etc.). Todos estos atributos, como se ve, son independientes de las habilidades de cada individuo. Pero de ellos existen dos, el *sexo* y la *edad*, que constituyen propiedades individuales que, universalmente, se han tomado como criterios básicos de diferenciación funcional en la sociedad.

La diferenciación social basada en el sexo es, evidentemente, una base conveniente para adscribir los *status*, puesto que toma como criterio diferenciador un rasgo fisiológicamente reconocible. Toda sociedad asigna funciones diferentes a varones y a mujeres, pero el acuerdo en esta diferenciación basada en el sexo no significa, como demuestra el clásico trabajo *Hombre y Mujer*, de Margaret Mead, o el de *Gender*, de Ivan Illich, que las sociedades coincidan asimismo en las funciones que se asigna a cada sexo. En otras palabras, la diferenciación social basada en el sexo es un hecho universal, pero la asignación concreta de determinadas funciones a uno u otro sexo es algo peculiar a cada sociedad; y, sin embargo, suele ser también cierto que toda sociedad atribuye un prestigio mayor a los *status* masculinos que a los femeninos.

La edad constituye, junto al sexo, la base fundamental que utiliza la sociedad para adscribir los *status* a los individuos sin tener que esperar a que éstos demuestren sus habilidades. Pero mientras que el sexo confiere en general un *status* para toda la vida, la edad confiere un *status* cambiante con el tiempo. La edad, por otra parte, no es una característica dicótoma, como el sexo, sino que puede adoptar múltiples valores o grados. Los grados de edad que establece cada cultura, por lo que respecta al *status* adscrito a cada uno de ellos, varían también considerablemente. Incluso dentro de cada cultura existen inconsistencias respecto a la edad cronológica a la que se alcanza la madurez para determinadas actividades. En general, y limitándonos a los *status* de los seres vivos (pues también los no-nacidos y los muertos tienen su *status* peculiar en cada sociedad), la mayoría de las sociedades —y por supuesto la nuestra— diferencian claramente entre tres *status* de edad: joven, adulto, y anciano, que a su vez se ven especificados según se trate de personas de uno u otro sexo.

Se ha señalado que el paso de cada uno de estos *status* de edad al siguiente suele ir acompañado de ciertos «ritos de paso» con los que la

sociedad pretende dar publicidad y reconocimiento a ese cambio de *status*. En general, el paso de joven a adulto es más marcado que el de adulto a anciano. En primer lugar, porque el primero suele ser evaluado positivamente por la sociedad y deseado por el individuo, mientras que el segundo no suele ser así evaluado ni social ni individualmente. En segundo lugar, el paso de joven a adulto es más señalado que el de adulto a anciano, porque es también más visible.

Los *status* adscritos, y en especial el sexo y la edad, no sólo prescriben nuestro comportamiento dentro de límites más o menos estrechos, sino que además tienen gran importancia en cuanto que condicionan las posibilidades de competir por adquirir otros *status*. Recordemos que toda sociedad dispone de más *status* adscritos que adquiridos, y que éstos, siendo limitados, suelen ser algo más numerosos en los períodos de cambio social. Pues bien, en la medida en que la sociedad en que vivimos se caracteriza fundamentalmente por ciertas relaciones de producción, que constituyen el marco social general de nuestra existencia, y en la medida en que los *status* de sexo y edad limitan las posibilidades de adquirir ciertos *status* dentro de un sistema económico, a través del *status* ocupacional, resulta evidente la desigualdad en que se encuentran los jóvenes y los ancianos (de uno u otro sexo) y las mujeres.

En un sistema económico como el nuestro el *status* ocupacional tiene una importancia definitiva en el *status* social general del individuo. Así, en un trabajo ya clásico, Parsons afirma que «en un cierto sentido, la base más fundamental de un *status* familiar es el *status* ocupacional del marido y del padre», pues tanto directa como indirectamente determina más que ningún otro factor aislado el *status* de la familia (tradicional, sobre todo) en la estructura social: directamente por causa de la significación simbólica del cargo o la ocupación como símbolo de prestigio; indirectamente, porque como fuente principal de los ingresos de la familia determina el nivel de vida de ésta. //

No parece casual, por consiguiente, el que en estas últimas décadas se hayan producido conflictos sociales por parte de grupos que tienen su origen en el sexo y la edad. En efecto, si la Revolución Industrial dio origen a los conflictos de clases, basados en diferencias ocupacionales, y si los conflictos sociales tienen también una base ocupacional, no puede extrañar que el sexo y la edad, en cuanto que limitadores de *status* ocupacional, está también originando ciertos conflictos sociales. Así, por ejemplo, los movimientos de jóvenes durante la década de los sesenta, que culminaron con el ya mítico *mayo de 1968*. Así también los movimientos feministas de la década de los setenta, que, aunque tuvieron precedentes desde principios de siglo, nunca habían alcanzado la amplitud ni la intensidad ni los logros alcanzaron que en estos últimos años. Cabría ahora esperar, por tanto, que el incremento abso-

luto y relativo de los ancianos en la mayor parte de las sociedades, especialmente las más desarrolladas, dé origen a la aparición de movimientos reivindicativos por parte de este grupo social, que al perder su status ocupacional pierde también status social.

El número absoluto y relativo de ancianos ha crecido en el mundo, especialmente en los países desarrollados durante las últimas décadas. El envejecimiento de la población ha resultado del doble proceso de reducción de las tasas de mortalidad y de natalidad (especialmente de estas últimas), proceso que es conocido generalmente con el nombre de «transición demográfica». En las sociedades pre-industriales la mortalidad era muy alta (alrededor de 35 defunciones por cada 1.000 habitantes), y la natalidad era igualmente muy elevada (entre 40 y 45 nacimientos por cada 1.000 habitantes). En esta situación, la *esperanza de vida al nacer* era de aproximadamente 35 años, lo que significa que, de cada 100 nacidos, sólo 80 cumplían el primer año de edad, y sólo 20 llegaban a los 65 años.

Los procesos de industrialización y modernización social redujeron la mortalidad y, posteriormente, la natalidad, hasta llegar a los niveles que ahora son frecuentes entre los países más desarrollados (8 a 10 defunciones y 10 a 15 nacimientos por cada mil habitantes). En esos países, caracterizados por una esperanza de vida al nacer próxima a los 75 años, de cada 100 nacidos hay 98 que cumplen su primer año de vida, y 82 llegan a los 65 años de edad. Como se ve, el contraste con la situación pre-industrial es verdaderamente notable. La comparación entre ambas situaciones pone de relieve que lo que ha cambiado no es tanto el hecho de la vida humana, que sigue estando próximo a los 100 años de edad, sino la proporción de personas que sobreviven hasta edades avanzadas.

Los cambios en la esperanza de vida al nacer, han sido espectaculares incluso en estas últimas décadas, especialmente en los países en vías de desarrollo, pero todavía subsisten diferencias muy importantes entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. En la tabla 1 pueden observarse algunas de estas diferencias y su evolución en las últimas décadas. El promedio de esperanza de vida al nacer en las regiones menos desarrolladas era, en 1950-1955, todavía muy próximo al nivel pre-industrial antes indicado, y, por tanto, es fácil imaginar que en esas fechas muchos países de África o Asia estaban en un nivel cercano a los 35 años de esperanza de vida al nacer. Concretamente era de 35,7 años para el conjunto de los países de África oriental en 1950-55. Por el contrario, la esperanza de vida al nacer, en las regiones más desarrolladas, era en 1975-1980 muy próxima al nivel señalado de 75 años, e incluso algunos países, como los del norte de Europa, habían alcanzado ya ese nivel. El incremento absoluto y relativo de esperanza de vida en las regiones menos desarrolladas ha sido

TABLA 9.1  
*Esperanza de vida al nacer, por regiones, 1950-1980*

	Quinquenios					
	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980
Total mundial . . . . .	47,0	49,8	52,1	54,1	55,8	57,5
Regiones más desarrolladas . . . .	65,2	68,4	69,8	70,5	71,3	71,9
Regiones menos desarrolladas . . .	42,4	45,4	48,3	51,0	53,1	55,1

muy superior al de las regiones más desarrolladas. Entre 1950 y 1980, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 12,7 años (30 por 100 más que en 1950) en las regiones *menos* desarrolladas, frente a un incremento, en el mismo período, de 6,7 años (10 por 100 más que en 1950) en las regiones *más* desarrolladas.

Debe analizarse, asimismo, la diferencia entre varones y mujeres respecto a la esperanza de vida al nacer. La menor mortalidad de las mujeres en general, prácticamente en todos los países y épocas, implica una mayor esperanza de vida del denominado «sexo débil», como se comprueba en la tabla 2. Pero además, la diferencia entre varones y mujeres se incrementa, en términos absolutos y relativos, al aumentar el grado de desarrollo de la región o país. Naturalmente, la transición demográfica, al modificar las tasas de mortalidad y natalidad, ha repercutido de forma muy importante sobre la estructura por sexo y edades de la población. Una alta mortalidad y natalidad producen una población relativamente joven, con una distribución aproximada de su población de 30 por 100 de jóvenes (menores de 15 años), 65 por 100 de los adultos (de 15 a 64 años), y un 5 por 100 de ancianos (de 65 y más). Cuando disminuye la mortalidad pero todavía no disminuye la natalidad (situación en que se encuentran gran número de países en desarrollo), el resultado es (contrariamente a lo que piensa el no-experto) que la población se hace aún más joven, hasta el punto de que la distribución anterior de la población sería de 45 por 100 jóvenes, 47 por 100 adultos y 8 por 100 ancianos. Hay países en desarrollo, es-

TABLA 9.2  
*Esperanza de vida al nacer, por regiones y sexo, 1950-1980*

	Quinquenios					
	1950-1955		1960-1965		1975-1980	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Total mundial . . . . .	46,0	48,4	50,9	53,4	56,3	58,8
Regiones más desarrolladas . . . .	63,0	68,7	66,6	72,8	68,4	75,7
Regiones menos desarrolladas . . .	41,6	43,2	47,5	49,2	54,2	56,0

pecialmente en América Central y en el sudeste de Asia, en los que casi la mitad de la población tiene menos de 15 años. Finalmente, los países plenamente desarrollados, en los que tanto la mortalidad como la natalidad se encuentran en niveles muy bajos (casi irreductibles), la estructura de la población es cada vez más vieja, de forma que su distribución aproximada es de 20 por 100 de jóvenes, 65 por 100 de adultos y 15 por 100 de ancianos. En la tabla 3 pueden comprobarse estas afirmaciones, así como el contraste existente entre el mundo desarrollado y el no desarrollado por lo que respecta a la estructura por edades de su población.

TABLA 9.3  
*Evolución de la estructura de la población, por grupos de edad y regiones*  
(Proporción por 100 habitantes)

Años	Total mundial			Regiones más desarrolladas			Regiones menos desarrolladas		
	0-14	15-64	65 y más	0-14	15-64	65 y más	0-14	15-64	65 y más
1950 .....	34	60	6	28	64	8	38	58	4
1960 .....	37	58	5	29	63	8	41	55	4
1970 .....	37	57	6	26	64	10	42	54	4
1980 .....	35	59	6	23	66	11	39	57	4

Aunque por lo dicho anteriormente no parecería necesario insistir sobre las diferencias entre los sexos, resulta obvio que la estructura por edades de las mujeres suele ser más vieja que la de los varones; predominan los varones en los grupos de edad joven, y predominan las mujeres en los grupos de mayor edad. Otro aspecto importante del cambio que se ha producido en la estructura por edades de la población es el número de *personas teóricamente dependientes* (menores de 15 años y mayores de 64 años) por cada 100 personas teóricamente activas (población de 15 a 64 años). El cambio descrito ha significado un cierto descenso en la razón de dependencia, pero lo más importante ha sido el cambio producido en el peso relativo de jóvenes y ancianos sobre dicha razón de dependencia. En la tabla 4 puede observarse que *la razón de dependencia es más alta en las regiones menos desarrolladas*, y que el peso relativo de los ancianos en dicha razón, en los países ya desarrollados, crece continuamente, mientras que todavía disminuye en las regiones menos desarrolladas.

Por lo que respecta a España, los datos que se presentan a continuación demuestran hasta qué punto sigue las pautas anteriormente descritas. En primer término, conviene recordar que España mostraba, a principios de este siglo XX, los rasgos característicos de una sociedad demográfica subdesarrollada. La natalidad estaba próxima al 40 por 1.000, y la mortalidad próxima al 30 por 1.000; la esperanza de vida al nacer era de menos de 35 años, y su estructura por edades era muy

TABLA 9.4  
*Razones de dependencia, por edad y por región, 1950-1980*

Años	Total mundial			Regiones más desarrolladas			Regiones menos desarrolladas		
	Total	Jóvenes	Ancianos	Total	Jóvenes	Ancianos	Total	Jóvenes	Ancianos
1950 .....	67	58	9	55	43	12	74	67	8
1960 .....	74	65	10	59	45	14	82	75	7
1970 .....	75	66	10	57	42	15	84	77	7
1980 .....	69	59	10	52	35	17	76	69	7

joven. La transición demográfica se realizó a lo largo de este siglo, siguiendo un proceso secular sólo temporalmente detenido (en lo que respecta a la natalidad) durante las décadas posteriores a la guerra civil (1940-1970), aunque desde 1970 la natalidad ha sufrido una disminución muy brusca.

En 1980, puede decirse que España ha alcanzado unos niveles de mortalidad y natalidad semejantes a los de los países más desarrollados de Europa. La esperanza de vida al nacer es semejante, superior ya a los 70 años. La principal diferencia que todavía subsiste respecto a otros países europeos es la estructura por edades de la población, ya que la de España es todavía relativamente joven por comparación, como consecuencia del retraso en lograr la disminución de la natalidad.

A pesar de la relativa juventud respecto a otras poblaciones europeas, el número absoluto y relativo de ancianos en España ha crecido considerablemente durante las últimas décadas, sea cual sea el límite de edad que se considere para calificar a los ancianos como tales (mayores de 60, 65 o 75 años). Según puede verse en la tabla 5, el número de personas mayores de 60 años en España ha pasado de 3 millones en 1950 a 5,9 millones en 1981; el número de personas de 65 y más años ha pasado de 2 millones en 1950 a 4,2 millones en 1981; y el de personas de 75 y más años ha crecido desde 0,7 millones en 1950 a 1,6 millones en 1981.

En la tabla 6 se presentan las cifras relativas (en porcentajes) para España y las Comunidades Autónomas, pudiéndose apreciar que, en el caso de España, 10,77 por cada 100 habitantes en 1950 tenían 60 o más años, proporción que ha crecido hasta 15,27 en 1981; la proporción de habitantes de 65 años y más ha crecido desde 7,23 en 1950 hasta 11,08 por 100 en 1981; y la proporción de habitantes con 75 años y más, ha pasado de 2,36 en 1950 a 4,11 por 100 en 1981. En cualquier caso, puede afirmarse que la estructura de la población española está envejeciendo, de manera similar a otras sociedades desarrolladas, aunque el grado de envejecimiento sea algo inferior al de las poblaciones europeas más desarrolladas.

TABLA 9.5  
*Número de ancianos/as, según diferentes definiciones, por regiones, 1950-1980*

Regiones	60 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía .....	515.674	632.707	791.903	931.046
Aragón .....	135.652	160.021	196.367	<del>162.170</del> 226.66
Asturias .....	96.803	116.311	155.540	197.530
Baleares .....	65.630	73.550	94.602	110.992
Canarias .....	67.739	88.097	123.779	158.435
Cantabria .....	44.203	51.596	68.333	90.055
Castilla-León .....	258.803	349.942	374.754	481.918
Castilla-La Mancha .....	257.871	247.514	339.327	312.097
Cataluña .....	428.071	560.847	741.400	923.733
Extremadura .....	130.451	155.966	179.660	193.351
Galicia .....	289.726	341.608	430.512	518.362
Madrid .....	178.632	276.786	448.997	611.143
Murcia .....	76.594	95.365	115.399	134.384
Navarra .....	44.197	55.335	67.711	83.906
La Rioja .....	25.858	29.358	38.339	47.133
País Vasco .....	109.129	148.470	219.047	277.835
Valencia .....	287.460	355.713	472.887	575.853
España .....	3.012.493	3.739.186	4.858.557	5.874.467

Regiones	65 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía .....	344.326	416.617	525.617	671.429
Aragón .....	92.269	109.335	137.613	162.170
Asturias .....	68.121	76.837	106.653	142.423
Baleares .....	47.153	51.427	65.661	80.997
Canarias .....	47.250	60.059	81.270	116.691
Cantabria .....	30.666	34.898	46.770	64.680
Castilla-León .....	176.217	238.121	257.785	362.951
Castilla-La Mancha .....	172.164	166.373	237.073	230.144
Cataluña .....	278.316	375.545	507.961	669.711
Extremadura .....	86.298	105.400	122.610	145.468
Galicia .....	207.069	232.320	296.621	379.704
Madrid .....	114.248	181.926	301.204	428.678
Murcia .....	50.672	63.844	80.589	97.396
Navarra .....	29.715	38.097	46.298	61.075
La Rioja .....	17.637	19.308	26.114	34.523
País Vasco .....	71.776	97.890	147.922	196.973
Valencia .....	188.636	239.154	326.816	415.349
España .....	2.022.533	2.507.151	3.314.577	4.260.362

TABLA 9.5 (Continuación)  
*Número de ancianos/as, según diferentes definiciones, por regiones, 1950-1980*

Regiones	75 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía.....	109.743	132.805	170.799	241.879
Aragón.....	30.704	36.237	47.373	62.599,
Asturias.....	25.108	28.348	35.596	53.600
Baleares.....	17.452	19.053	23.582	29.837
Canarias.....	17.328	21.998	28.172	39.809
Cantabria.....	10.693	12.162	16.538	23.769
Castilla-León.....	57.380	78.424	86.015	137.984
Castilla-La Mancha.....	55.241	52.171	81.533	87.199
Cataluña.....	85.209	114.716	172.324	248.190
Extremadura.....	27.965	34.175	41.097	55.727
Galicia.....	76.104	85.364	101.813	143.341
Madrid.....	36.698	58.183	101.495	161.212
Murcia.....	15.992	20.124	27.237	38.226
Navarra.....	10.350	13.274	16.279	22.828
La Rioja.....	5.979	6.557	8.737	12.168
País Vasco.....	23.179	31.525	49.148	72.087
Valencia.....	56.341	71.208	109.286	151.872
España.....	661.466	816.324	1.117.024	1.582.327

La comparación de unas Comunidades Autónomas con otras muestra la existencia de diferencias notables entre ellas. Si se toma como muestra la proporción de mayores de 65 años, las Comunidades con mayor proporción de ancianos en 1950 eran: Baleares (11,18 por 100), Cataluña (8,60), Aragón (8,44), y la Comunidad Valenciana (8,19). Estas Comunidades tienen en común el haber sido las primeras en culminar su proceso de «transición demográfica». Por el contrario, las Comunidades con menor proporción de ancianos (65 años y más) eran, en 1950: Madrid (5,93 por 100), Canarias (5,96), Andalucía (6,14), y Extremadura (6,32). Estas Comunidades Autónomas, a excepción de Madrid, se caracterizan por haber sido muy tardías en su proceso de transición demográfica, especialmente por lo que respecta a la reducción de la natalidad, que ha continuado siendo alta hasta muy recientemente. El caso de Madrid es diferente, en cuanto que su menor envejecimiento debe atribuirse a los efectos del gran número de inmigrantes recibidos por Madrid en décadas anteriores, que rejuvenecieron la estructura de su población por dos razones: por la juventud misma de los inmigrantes; y porque los inmigrantes, precisamente por ser jóvenes y estar en edad de procrear, aumentaron la natalidad relativa de la población madrileña.

TABLA 9.6

*Porcentaje de ancianos sobre población total, según diferentes definiciones, por regiones*

Regiones	60 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía . . . . .	9,20	10,72	13,21	14,15
Aragón . . . . .	12,40	14,48	17,04	18,93 -
Asturias . . . . .	10,90	11,76	14,88	17,48 -
Baleares . . . . .	15,55	16,59	16,94	16,92
Canarias . . . . .	8,54	9,33	10,58	11,58 -
Cantabria . . . . .	10,92	11,94	14,63	17,54 -
Castilla-León . . . . .	10,55	12,28	15,47	18,65 -
Castilla-La Mancha . . . . .	10,56	12,53	16,33	18,91 -
Cataluña . . . . .	13,22	14,27	14,47	15,43
Extremadura . . . . .	9,56	11,31	15,69	18,16 -
Galicia . . . . .	11,14	13,12	16,66	18,40 -
Madrid . . . . .	9,28	10,62	11,84	13,02 -
Murcia . . . . .	10,12	11,91	13,86	14,06
Navarra . . . . .	11,54	13,76	14,57	16,49
La Rioja . . . . .	11,26	12,77	16,26	18,53 -
País Vasco . . . . .	10,28	10,82	11,66	12,97 -
Valencia . . . . .	12,47	14,34	15,39	15,78
<b>España . . . . .</b>	<b>10,77</b>	<b>12,28</b>	<b>14,28</b>	<b>15,27</b>
Regiones	65 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía . . . . .	6,14	7,06	8,77	10,21
Aragón . . . . .	8,44	9,89	11,94	13,54
Asturias . . . . .	7,67	7,77	10,20	12,60
Baleares . . . . .	11,18	11,60	11,76	12,34
Canarias . . . . .	5,96	6,36	6,94	8,53
Cantabria . . . . .	7,57	8,08	10,01	12,60
Castilla-León . . . . .	7,19	8,36	10,64	14,05
Castilla-La Mancha . . . . .	7,05	8,42	11,41	13,95
Cataluña . . . . .	8,60	9,55	9,92	11,18
Extremadura . . . . .	6,32	7,64	10,70	13,66
Galicia . . . . .	7,96	8,92	11,48	13,48
Madrid . . . . .	5,93	6,98	7,94	9,13
Murcia . . . . .	6,70	7,98	9,68	10,19
Navarra . . . . .	7,76	9,48	9,96	12,00
La Rioja . . . . .	7,68	8,40	11,08	12,57
País Vasco . . . . .	6,76	7,14	7,87	9,20
Valencia . . . . .	8,19	9,64	10,63	11,38
<b>España . . . . .</b>	<b>7,23</b>	<b>8,23</b>	<b>9,74</b>	<b>11,08</b>

TABLA 9.6  
(Continuación)

*Porcentaje de ancianos sobre población total, según diferentes definiciones, por regiones*

Regiones	75 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía .....	1,96	2,25	2,85	3,68
Aragón .....	2,81	3,28	4,11	5,23
Asturias .....	2,83	2,86	3,40	4,74
Baleares .....	4,14	4,30	4,22	4,55
Canarias .....	2,18	2,33	2,41	2,91
Cantabria .....	2,64	2,81	3,54	4,63
Castilla-León .....	2,34	2,75	3,55	5,34
Castilla-La Mancha .....	2,26	2,64	3,92	5,28
Cataluña .....	2,63	2,92	3,36	4,14
Extremadura .....	2,05	2,48	3,59	5,23
Galicia .....	2,93	3,28	3,94	5,09
Madrid .....	1,91	2,23	2,68	3,43
Murcia .....	2,11	2,51	3,27	4,00
Navarra .....	2,70	3,30	3,50	4,49
La Rioja .....	2,60	2,85	3,71	4,78
País Vasco .....	2,18	2,30	2,62	3,37
Valencia .....	2,44	2,87	3,56	4,16
España .....	2,36	2,68	3,28	4,11

En 1981 las diferencias entre Comunidades son semejantes, aunque con algunas matizaciones. Así, las Comunidades con mayor proporción de ancianos/as (mayores de 65 años) fueron Castilla-León (14,05), Castilla-La Mancha (13,95), Extremadura (13,66), La Rioja (13,57), y Aragón (13,54). La explicación en todos estos casos es prácticamente la misma, la emigración, que no sólo ha restado de la población a gran número de adultos jóvenes sino que al hacerlo ha reducido la capacidad reproductora de su población. En cuanto a las Comunidades con menor proporción de ancianos, en 1981 deben señalarse: Canarias (8,53 por 100), País Vasco (9,20), Madrid (9,13), y Andalucía (10,21). Una vez más, hay que subrayar que la explicación no es igual para las cuatro; mientras Madrid y el País Vasco tienen menor proporción de ancianos como consecuencia de la recepción de inmigrantes, Canarias y Andalucía tienen menor proporción de ancianos a causa de su tardío desarrollo demográfico, y más especialmente a que tienen una natalidad más elevada que otras regiones españolas.

Las diferencias de mortalidad entre varones y mujeres son similares en España a las que se observan en otros países, en el sentido de que la

TABLA 9.7

*Razón entre los sexos (varones por cada 100 mujeres) entre los ancianos, según diferentes definiciones, por regiones, 1950-1980*

Regiones	60 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía . . . . .	71	71	70	70
Aragón . . . . .	83	83	83	80
Asturias . . . . .	68	66	67	72
Baleares . . . . .	75	74	75	79
Canarias . . . . .	69	72	79	75
Cantabria . . . . .	61	63	69	72
Castilla-León . . . . .	84	82	81	78
Castilla-La Mancha . . . . .	81	84	84	79
Cataluña . . . . .	73	72	72	71
Extremadura . . . . .	77	76	78	73
Galicia . . . . .	62	64	69	72
Madrid . . . . .	56	60	65	66
Murcia . . . . .	76	77	76	74
Navarra . . . . .	83	83	84	76
La Rioja . . . . .	79	76	81	83
País Vasco . . . . .	73	72	73	70
Valencia . . . . .	74	76	77	76
España . . . . .	73	73	74	73
Regiones	65 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía . . . . .	66	68	69	67
Aragón . . . . .	81	82	80	78
Asturias . . . . .	68	63	62	65
Baleares . . . . .	71	69	70	74
Canarias . . . . .	76	70	74	72
Cantabria . . . . .	59	60	63	67
Castilla-León . . . . .	83	80	77	76
Castilla-La Mancha . . . . .	79	82	81	75
Cataluña . . . . .	68	69	69	68
Extremadura . . . . .	73	72	73	70
Galicia . . . . .	61	59	64	67
Madrid . . . . .	50	54	59	61
Murcia . . . . .	72	75	72	71
Navarra . . . . .	81	81	80	73
La Rioja . . . . .	77	72	78	77
País Vasco . . . . .	70	69	69	65
Valencia . . . . .	70	73	73	72
España . . . . .	69	69	70	69

TABLA 9.7 (Continuación)

Razón entre los sexos (varones por cada 100 mujeres) entre los ancianos, según diferentes definiciones, por regiones, 1950-1980

Regiones	75 años y más			
	1950	1960	1970	1980
Andalucía.....	55	56	56	56
Aragón.....	74	74	69	67
Asturias.....	64	59	51	50
Baleares.....	63	60	59	60
Canarias.....	60	63	66	63
Cantabria.....	52	53	51	57
Castilla-León.....	76	72	67	68
Castilla-La Mancha.....	70	72	72	73
Cataluña.....	58	58	60	58
Extremadura.....	59	59	59	62
Galicia.....	56	54	53	57
Madrid.....	40	43	48	50
Murcia.....	64	66	63	63
Navarra.....	71	71	70	62
La Rioja.....	65	61	67	62
País Vasco.....	62	60	58	53
Valencia.....	61	63	64	59
España.....	60	60	60	59

mortalidad femenina es inferior a la masculina en cualquier edad. Por eso, aunque nacen más niños que niñas (103 niños por cada 100 niñas aproximadamente), al ser mayor la mortalidad masculina en cualquier edad, la razón entre los sexos se equilibra alrededor de la adolescencia, y poco a poco el número de mujeres es mayor que el de varones en cualquier grupo de edad, incrementándose esa diferencia cuanto mayor es el grupo de edad que se considere. Todo esto se traduce en que la esperanza de vida al nacer de las españolas es unos 5 años superior a la de los varones españoles (76 años frente a 71, según los últimos datos oficiales). Como consecuencia de lo anterior, el número de varones-ancianos es bastante inferior al de mujeres-ancianas, y ese desequilibrio se agudiza cuanto más alto es el grupo de edad considerado. Así, en la tabla 7 puede observarse que, en el grupo de 60 años y más en, 1981 había en España 73 varones por cada 100 mujeres; en el grupo de edad de 65 años y más, y en esa misma fecha, 69 varones por cada 100 mujeres; y en el grupo de edad de los de 75 y más años, había sólo 59 varones por cada 100 mujeres, es decir, casi doble número de mujeres que de varones. Puede observarse que a lo largo de los

TABLA 9.8  
*Porcentaje de crecimiento anual medio de la población total y de la población anciana,  
 según diferentes definiciones, por regiones, 1950-1980*

Regiones	1950-1960			
	Total	60 +	65 +	75 +
Andalucía .....	0,53	2,27	2,10	2,10
Aragón .....	0,11	1,80	1,85	1,80
Asturias .....	1,14	2,02	1,28	1,29
Baleares .....	0,51	1,21	0,91	0,92
Canarias .....	1,91	3,00	2,71	2,70
Cantabria .....	0,67	1,67	1,38	1,37
Castilla-León .....	1,62	3,52	3,51	3,67
Castilla-La Mancha .....	- 1,91	- 0,40	- 0,34	- 0,56
Cataluña .....	2,14	3,10	3,49	3,46
Extremadura .....	0,10	1,96	2,21	2,22
Galicia .....	0,00	1,79	1,22	1,22
Madrid .....	3,54	5,49	5,92	5,86
Murcia .....	0,58	2,45	2,60	2,58
Navarra .....	0,50	2,52	2,82	2,82
La Rioja .....	0,01	1,35	0,95	0,97
País Vasco .....	2,93	3,60	3,64	3,60
Valencia .....	0,77	2,37	2,68	2,64
Totales .....	0,89	2,41	2,40	2,34
Regiones	1960-1970			
	Total	60 +	65 +	75 +
Andalucía .....	0,15	2,52	2,62	2,86
Aragón .....	0,43	2,27	2,59	3,07
Asturias .....	0,57	3,37	3,88	2,56
Baleares .....	2,59	2,86	2,77	2,38
Canarias .....	2,39	4,05	3,53	2,81
Cantabria .....	0,81	3,24	3,40	3,60
Castilla-León .....	- 1,50	0,71	0,83	0,97
Castilla-La Mancha .....	0,52	3,71	4,25	5,63
Cataluña .....	3,03	3,22	3,53	5,02
Extremadura .....	- 1,69	1,52	1,63	2,02
Galicia .....	- 0,07	2,60	2,77	1,93
Madrid .....	4,55	6,22	6,56	7,44
Murcia .....	0,40	2,10	2,62	3,53
Navarra .....	1,56	2,24	2,15	2,26
La Rioja .....	0,25	3,06	3,52	3,32
País Vasco .....	3,70	4,75	5,11	5,59
Valencia .....	2,39	3,29	3,67	5,35
Totales .....	1,17	2,99	3,22	3,68

TABLA 9.8 (Continuación)

*Porcentaje de crecimiento anual medio de la población total y de la población anciana, según diferentes definiciones, por regiones, 1950-1980*

Regiones	1970-1980			
	Total	60 +	65 +	75 +
Andalucía .....	0,75	1,76	2,77	4,16
Aragón .....	0,38	1,54	1,78	3,21
Asturias .....	0,74	2,70	3,35	5,06
Baleares .....	2,31	1,73	2,34	2,65
Canarias .....	2,15	2,80	4,36	4,13
Cantabria .....	0,94	3,18	3,83	4,37
Castilla-León .....	- 0,32	2,86	4,08	6,04
Castilla-La Mancha .....	- 0,48	- 0,80	- 0,30	0,69
Cataluña .....	1,66	2,46	3,18	4,40
Extremadura .....	- 0,89	0,76	1,86	3,56
Galicia .....	0,51	2,04	2,80	4,08
Madrid .....	2,46	3,61	4,23	5,88
Murcia .....	1,48	1,64	2,08	4,03
Navarra .....	0,91	2,39	3,19	4,02
La Rioja .....	0,84	2,29	3,22	3,93
País Vasco .....	1,47	2,68	3,32	4,67
Valencia .....	1,85	2,18	2,71	3,90
Totales .....	1,07	2,09	2,85	4,16

31 años transcurridos entre 1950 y 1981, la razón entre los sexos en cada uno de los tres grupos de edad, citados apenas ha variado, lo que implica cierta estabilidad en ese indicador. Las diferencias que se observan entre Comunidades Autónomas son cuantitativamente bastante importantes, y aunque la explicación completa de dichas diferencias exigiría un análisis histórico específico de cada Comunidad, se puede afirmar que en gran parte se deben a las inmigraciones interiores y exteriores de cada Comunidad, y al diferente peso de varones y mujeres en dichas migraciones.

En la tabla 8, finalmente, se presentan los datos relativos al crecimiento anual medio (en porcentaje) del número de ancianos de uno u otro sexo en cada uno de los tres periodos temporales considerados y para cada uno de los tres grupos de edad. Así, en el periodo 1950-60, la población de España de 60 y más años creció a un ritmo de 2,41 por 100 anual; es decir, por cada 100 personas mayores de 60 años en 1950, había 124,10 en 1960. Pues bien, como se puede observar, el incremento de la población anciana, sea cual sea el grupo de edad considerado, ha sido siempre muy superior al de la población total en el

mismo período. Así, en el período 1950-1960 fue tres veces superior; en el período 1960-1970 fue entre 2,5 y 3 veces superior; y en el período 1970-1975, entre 2,5 y 4,5 veces superior. Es decir, aunque el aumento de la población anciana ha sido siempre bastante superior al de la población total (en el mismo período de tiempo), su ritmo de crecimiento parece cada vez más lento (en términos relativos al de la población total). En general, y a excepción del período 1950-1960, puede también señalarse que cuanto mayor es el grupo de edad considerado, mayor parece ser el ritmo de crecimiento de la población anciana. En la tabla 9 se resume la información para el total de España.

TABLA 9.9  
*Crecimiento anual medio de la población anciana, según grupos de edad, 1950-1981*  
(Porcentajes)

	1950-1960	1960-1970	1970-1981
Total .....	0,89	1,17	1,07
60 y más .....	2,41	2,99	1,21
65 y más .....	2,40	3,22	1,28
75 y más .....	2,34	3,68	1,42

Sería excesivamente prolijo discutir aquí en profundidad las razones del crecimiento diferencial de la población anciana en cada una de las Comunidades Autónomas, puesto que habría que considerar, sólo desde el punto de vista demográfico, el diferente desarrollo de cada Comunidad en los últimos 50 años, así como los flujos migratorios internos y exteriores. Y habría que añadir, además, otras variaciones socio-económicas, y no estrictamente demográficas.

Una de las primeras dificultades de llevar a cabo un análisis del grupo social formado por las personas de más edad es precisamente la de su definición misma. En primer lugar, se utilizan diferentes términos: *ancianos*, *viejos*, *tercera edad*, *personas de edad*, *adultos mayores*, etcétera; lo que indica claramente que cualquier denominación acaba teniendo alguna connotación peyorativa que la sociedad, y los propios afectados, procuran evitar mediante la creación de algún término nuevo. Esto, de por sí, pone de relieve el hecho anteriormente mencionado de que ser viejo no es valorado positivamente. Se podría igualmente explicar la imprecisión del tránsito desde la condición de adulto a la de anciano. En efecto, ¿cuáles deben ser los rasgos que definan ese tránsito? ¿La simple edad cronológica? ¿La pérdida de capacidades físicas y/o mentales? ¿Ciertos rasgos estéticos o de fisonomía externa? Parece evidente que cualquiera de estos rasgos llevaría a múltiples dificultades, puesto que probablemente se encontrarían diferentes límites en distintas sociedades y épocas históricas. En realidad, una aproxima-

ción al tema pone de manifiesto que la condición de anciano viene definida socialmente, y por tanto será diferente en cada sociedad en el espacio y en el tiempo.

De acuerdo con el argumento expuesto al comienzo del capítulo, es posible que el rasgo que mejor defina el tránsito de adulto a anciano en las sociedades urbanas e industriales sea el de la pérdida del status ocupacional. La utilización de la edad (¿más de 60 años, más de 65 años, más de 80 años?) parece un indicador poco preciso, pues depende del nivel de salud y de la esperanza de vida prevalecientes en cada sociedad. Las condiciones físicas o mentales son criterios generales difíciles de adoptar, por las grandes diferencias individuales que se pueden observar. Por el contrario, la pérdida del status ocupacional es un criterio bastante objetivo, visible, y que tiene repercusiones muy semejantes para todos los afectados/as.

La valoración social de la vejez ha variado extraordinariamente de la sociedad tradicional a la sociedad moderna, urbana e industrial. Parece evidente que la vejez era más valorada socialmente en la sociedad tradicional, y ello por las siguientes razones. En primer lugar, la sociedad tradicional estaba sometida a un ritmo más lento de cambio social; la mayor estabilidad en lo tecnológico y en las relaciones sociales hacía que los viejos, por haber vivido más, acumulasen una experiencia que era válida en su sociedad, y ello les proporcionaba una posición social de mayor prestigio y poder. A esto habría que añadir, en segundo lugar, que los viejos eran cuantitativamente un grupo social escaso, es decir, eran un «bien raro y escaso» (sólo 18 o 20 de cada 100 personas llegaban a superar los 65 años). En tercer lugar, la mayor estabilidad social implicaba que la seguridad económica del individuo se basaba más en el patrimonio acumulado que en las rentas periódicas que pudieran obtenerse. De ahí la importancia de la herencia, y de la dote.

En las sociedades urbanas e industriales contemporáneas estos tres rasgos han adquirido una significación distinta. El cambio social rápido que caracteriza a las sociedades más desarrolladas implica que los conocimientos almacenados por los viejos/as son, en buena parte, inservibles para resolver los problemas que se presentan; la innovación sustituye a la tradición. Hacerse anciano suele significar saber menos, no saber más, pues el rápido cambio tecnológico y social convierte en obsoletos los conocimientos en un período breve de tiempo. De aquí la necesidad de la llamada *educación continua* o *permanente*, la actualización profesional, y los programas de reconversión de mano de obra. Por otra parte, el número de ancianos/as ha aumentado considerablemente, tanto en términos absolutos como relativos, lo que los despoja de su condición de «bien raro y escaso». Por el contrario, esta mayor abundancia de ancianos/as puede dotarles de una fuerza social poten-

cial, como grupo social, que poco a poco haga surgir desconfianzas y recelos por parte de otros grupos sociales (adultos y jóvenes), que vean en ellos posibles competidores y que, eventualmente, puedan llevar a conflictos generacionales hasta ahora desconocidos. Finalmente, el rápido cambio social, y sobre todo las políticas económicas y sociales tendentes a reducir las diferencias sociales, han llevado en todas partes a gravar considerablemente los patrimonios, especialmente en las transacciones.

La inflación, que ha caracterizado y caracteriza a muchas de las sociedades modernas, ha tenido como consecuencia el que patrimonios importantes queden muy reducidos en períodos de tiempo no necesariamente largos. De aquí que, progresivamente, sea cada vez más importante disponer de una renta periódica, al menos parcialmente, que de un patrimonio. Y esto afecta especialmente a los ancianos/as, que al perder su ocupación pierden su renta periódica, al menos parcialmente, ya que las pensiones de jubilación en España rara vez pueden equipararse a los ingresos percibidos en la situación de activo. Recientemente, y como consecuencia de la crisis económica mundial, y especialmente a causa del paro, se discute si una anticipación de la edad de jubilación permitiría ofrecer esos puestos de trabajo a los jóvenes en paro. Este hecho, junto con algunos de los mencionados anteriormente, probablemente será una fuente de conflicto intergeneracional entre jóvenes y ancianos (de uno u otro sexo) en las próximas décadas. Puede, pues, definirse al status de anciano/a, a la vejez, como una situación «de pérdida». Se pierden capacidades físicas y mentales, relaciones sociales, poder y prestigio, y sobre todo el status ocupacional.

En la actualidad es visible la prolongación de la juventud y de la condición de adulto hasta edades muy avanzadas, y por consiguiente el retraso de la vejez en los aspectos físico y mental. Por comparación con la situación de hace sólo unas pocas décadas, resulta evidente que la mejor alimentación, sanidad, y nivel de vida en general, han contribuido a que el aspecto externo y la realidad del estado físico y mental de los varones y mujeres se mantengan en buenas condiciones hasta edades mucho más avanzadas. Y no se trata sólo del mayor cuidado físico, sino que las propias costumbres y modas conducen a que todos los individuos procuren prolongar su juventud, y desde luego retrasar la vejez, todo lo posible. A principios de siglo se «vestía» de adultos a los niños y niñas, y en la actualidad los adultos y ancianos se «visten» de jóvenes, adoptando sus modas, gustos, y valores. Por ello resulta aún más raro y contradictorio que, habiéndose retrasado la pérdida de las capacidades físicas y mentales, se anticipe la edad de jubilación. Puede que el derecho a jubilarse a partir de cierta edad, sea una gran conquista social; pero una cosa es el derecho a jubilarse, y otra muy distinta la obligación de jubilarse. La jubilación forzosa de personas

que se encuentran, y realmente están, en (perfectas) condiciones físicas y mentales para continuar trabajando, provocará cada vez mayor número de problemas individuales y sociales. Una reciente encuesta del I.N.S.E.R.S.O. en España, sobre una muestra nacional de ancianos (mayores de 65 años), ha puesto de manifiesto que un 80 por 100 de ellos pueden ser considerados como válidos física y mentalmente, un 15 por 100 como semi-válidos, y sólo un 5 por 100 como inválidos. Realmente, resulta cuando menos extraño aplicar el término *viejo o anciano* a muchos de los que actualmente tienen más de 65 años, pues su apariencia física y su estado de salud no lo justifican.

Más importancia tiene la edad por lo que respecta a los conocimientos adquiridos y acumulados. Pero en este caso no se trata tanto de pérdida como de adquisición. En efecto, aunque es cierto que alrededor de un 20 por 100 de las personas mayores de 65 años son analfabetas en España, ello no se debe a que hayan perdido nivel de instrucción, sino a que nunca lo tuvieron. Algo distinto es la obsolescencia de los conocimientos a que antes se aludió, y que tiene que ver con el rápido cambio social y tecnológico de nuestra época. Aquí se observa la discriminación a que ha estado sometida la mujer, pues siendo así que en ese grupo de edad hay sólo 70 varones por cada 100 mujeres, resulta que dos tercios de las personas analfabetas de más de 65 años son mujeres.

En segundo término, la vejez significa pérdida de la ocupación que se ha desarrollado en la vida activa. La pérdida del status ocupacional significa no sólo pérdida de ingresos, por importante que esto sea, sino también pérdida de prestigio social, de poder e influencia, y sobre todo significa una enorme pérdida de la auto-estima. La inactividad se convertirá, cada vez más, en una fuente importante de problemas individuales y sociales. Aunque un 80 por 100 de los ancianos están cubiertos por la Seguridad Social, las pensiones de jubilación son bajas (la cuantía media en la Administración Pública es de unas 20.000 pesetas mensuales). Aunque gran número de personas aceptan, e incluso desean, la jubilación, la proporción de quienes desearían retrasar (y de los que se resisten a aceptar) la jubilación, es cada vez más alta. Y todo hace sospechar que esta resistencia se incrementará en el futuro. De momento la resistencia se ha mostrado a través del número creciente de jubilados que tienen algún tipo de trabajo (generalmente a tiempo parcial o sin horario). Será preciso realizar estudios rigurosos que hagan posible contestar a la pregunta de si cuesta más caro a la sociedad mantener un anciano jubilado que un joven en paro (y cuando se habla de costes hay que incluir no sólo los puramente económicos, sino también los sociales y los simplemente individuales). De momento, algunos estudios realizados parecen indicar que el reducir en un año la edad de jubilación le costaría a la Seguridad Social española alrededor

de 20.000 millones de pesetas. La discriminación de la mujer también se hace patente en el caso de las pensiones. Mientras que entre los perceptores de pensiones bajas (inferiores a las 20.000 pesetas mensuales) hay tres cuartas partes de mujeres, éstas sólo representan un tercio de los perceptores de pensiones superiores a las 40.000 pesetas mensuales.

Junto a la pérdida de capacidades físicas y/o mentales, y de ocupación, hay otra pérdida implícita en la vejez, y a la que pocas veces se hace referencia. Se trata de la pérdida de relaciones sociales, de contactos humanos. Una de las peculiaridades de hacerse viejo, es que uno se queda solo; se mueren familiares y amigos, y el viejo ve desaparecer a quienes compartieron con él gran parte de sus experiencias vitales. Esto es especialmente cierto en las sociedades urbanas industriales, en las que predomina el tipo de familia «nuclear», y en las que ya no tienen cabida los «abuelos». El anciano, con la jubilación, pierde el contacto con sus compañeros de trabajo. Pero además, al perder la rutina del trabajo diario, pierde también numerosos contactos humanos ligados directa o indirectamente a esa actividad. Y lo más importante de todo, el viejo/a suele perder, tarde o temprano, a su cónyuge. Del total de personas mayores de 65 años en España en 1975, un 51 por 100 estaban casados, y, por tanto, generalmente vivían con su cónyuge solos, o con algún hijo/a. Debe señalarse que la soledad es más frecuente entre las mujeres que entre los varones, pues del 49 por 100 que eran solteros, viudos o separados, las tres cuartas partes eran mujeres. La encuesta del I.N.S.E.R.S.O. ya citada demuestra, sin embargo, que la situación de los ancianos/as en España no es todavía tan desfavorable en ese sentido como lo es en otros países desarrollados. En efecto, sólo un 14 por 100 de los ancianos/as viven solos; aunque, una vez más, hay que señalar que tres cuartas partes de los ancianos que viven solos son mujeres.

Habría que precisar mejor el auténtico significado de que los ancianos vivan con familiares (dejando aparte a aquellos que viven con su cónyuge). En efecto, si el vivir con otros familiares (hijos/as u otros parientes) es fruto de una decisión libremente tomada, ello significaría realmente algo positivo. Pero, si el vivir con otros familiares es consecuencia de una falta de recursos económicos, entonces es probable que no sea tan positivo, ya que los familiares, probablemente acepten al anciano/a como una carga, y el anciano/a se sentirá dependiente y por consiguiente perderá en su propia «autoestimación». Aunque no se dispone de datos fiables sobre este aspecto, existen bastantes indicios que apuntan a la segunda explicación más que a la primera, lo cual induce a suponer que el papel del anciano/a dentro de la estructura familiar, probablemente no es muy relevante. Desde luego, difiere mucho del papel que en la sociedad tradicional tenía el varón anciano

como «patriarca», en general propietario de tierras y por tanto con su poder relativamente íntegro hasta el momento de su muerte.

Hacerse viejo/a significa también perder movilidad espacial; los viejos/as se desplazan menos de un sitio a otro a pesar de que paradójicamente disponen de más tiempo libre para poder hacerlo. Esa menor movilidad incide también en forma negativa sobre sus relaciones sociales. En resumen, la ancianidad, y sobre todo la jubilación, significa generalmente perder. Es de esperar que, al tomar conciencia de su significado real, los ancianos se resistan cada vez más a la jubilación obligatoria.

Todos los datos y estudios de perspectiva de que se dispone apuntan hacia un envejecimiento continuado de la población, y no sólo en las sociedades desarrolladas, sino también en las que están en desarrollo. La reducción de la mortalidad será un hecho, incluso en las sociedades menos desarrolladas, de forma que, para el período 1995-2000, las Naciones Unidas calculan (según su variante media) que la esperanza de vida al nacer en el total mundial será de 63,9 años (6,4 años más que en 1975-1980), y que, mientras que en los países más desarrollados será de 73,7 años (1,8 años más que en 1975-1980), será de 62,5 años en las regiones menos desarrolladas (7,4 años más que en 1975-1980). En otras palabras, las diferencias entre países más y menos desarrollados tenderán a disminuir por lo que respecta a la mortalidad y, consiguientemente, a la esperanza de vida.

La estructura de la población, y en este caso, su envejecimiento, dependen no sólo de la disminución de la mortalidad, sino de la disminución de la natalidad. En todo caso, las Naciones Unidas prevén una reducción general de la natalidad en todo el mundo y especialmente en los países menos desarrollados, de forma que según su variante media la estructura de la población en el año 2000 podría ser la que se observa en la tabla 10. Si se comparan estos datos con los ya indicados para 1980 (véase la tabla 3), se produce una reducción del grupo de edad de menores de 15 años y un incremento del grupo de edad de 65 y más años tanto en los países más desarrollados como en los menos desarrollados, aunque por supuesto subsisten todavía grandes diferencias

TABLA 9.10  
*Estructura prevista de la población, por grandes grupos de edad y por regiones, en el año 2000*  
(Proporción por 100 habitantes)

Grupos de edad	Total mundial	Regiones más desarrolladas	Regiones menos desarrolladas
0-14.....	30,7	21,0	33,2
15-64.....	62,7	66,0	61,9
65 y más.....	6,6	13,0	4,9

entre unos países y otros. Estas diferencias entre países desarrollados y no desarrollados, al ser promedios, ocultan además grandes diferencias. Cuando se toman aisladamente los países de Europa occidental, dentro del grupo de los más desarrollados, debe precisarse que las proyecciones más recientes calculan que para el año 2000 la mayor parte de ellos tendrán una población de 65 y más años del 18 por 100 aproximadamente, e incluso algunos de los países del norte de Europa llegarán al 20 por 100.

Si se llega a una proporción de población de 65 y más años próxima al 20 por 100, las consecuencias que se derivarán de ese hecho no serán sólo demográficas, sino también sociales, políticas, y económicas. El sistema de valores de la sociedad, y en conjunto la cultura en su sentido más amplio, recibirán el impacto de este importante cambio en la estructura demográfica. Se puede imaginar cuál pueda ser la situación de los ancianos/as en ese año 2000. En primer término, y aparte del hecho ya señalado de su crecimiento absoluto y relativo, es probable que disminuya el número de quienes viven en familia, y ello por varias razones: porque un número creciente de ellos/as estarán solteros, separados o divorciados; porque al haber tenido menos hijos/as tendrán menos posibilidades de vivir con alguno de ellos; porque las nuevas pautas de nupcialidad-divorcio-nuevas nupcias de sus hijos/as harán más difícil la convivencia con ellos de sus progenitores; y porque las dificultades de empleo limitarán las posibilidades de convivencia dependiente de los ancianos con sus familiares.

Por otra parte, la continuada ampliación de la esperanza de vida al nacer permitirá fácilmente la coexistencia en el tiempo de cuatro generaciones: bisabuelos, abuelos, padres, e hijos, lo que complicará aún más la posibilidades de convivencia de todos ellos en una única unidad familiar. A lo anterior habrá que añadir las consecuencias del posible incremento del egoísmo, el hedonismo y el materialismo que, progresivamente, caracterizan a las sociedades urbanas e industriales contemporáneas basadas especialmente en el consumo de bienes y servicios.

Por todo ello, y por razones ya mencionadas anteriormente, parece que se puede esperar un creciente clamor de los ancianos/as contra su jubilación obligatoria (y desde luego contra su jubilación anticipada). Es previsible que aumenten las reivindicaciones de los ancianos/as reclamando conservar su puesto de trabajo, o al menos reclamando el derecho y la posibilidad de tener un trabajo parcial. El Estado debería anticiparse a la aparición de estos conflictos sociales potenciales, estableciendo entre otras medidas un voluntariado social entre los ancianos/as a cambio de sus pensiones de jubilación. Al hablar de un voluntariado social, se hace pensando en que el trabajo desarrollado sea útil realmente, y que no se trate de una forma de ayudar a pasar el tiempo a los ancianos/as, o de explotarles.

Un segundo problema importante es el que se refiere al coste creciente de la población anciana. Por una parte, el coste de la asistencia sanitaria y de las pensiones de jubilación aumenta continuamente, presionando muy intensamente sobre el coste general de la Seguridad Social. Por la otra parte, el número absoluto y relativo de ancianos/as aumenta, lo que evidentemente presiona asimismo sobre los presupuestos de la Seguridad Social. En cualquier caso, el incremento de la población anciana producirá un incremento de la presión sobre las economías privadas y públicas a través del gasto.

Cualquier solución en que se piense parece descartable de antemano si es que continúan las actuales tendencias en nuestra sociedad. La inflación repercutirá negativamente sobre la Seguridad Social y en general sobre las cajas y fondos de pensiones. El paro inducirá a los gobiernos a no facilitar empleo a los ancianos/as e incluso a anticipar la edad de jubilación, e incluso para que se incrementen las pensiones de jubilación. Pero, al propio tiempo, el peso electoral cada vez mayor de la población anciana presionará sobre los gobiernos para lograr que éstos proporcionen empleo a los ancianos/as, para que retrasen la edad de jubilación, e incluso para que se incrementen las pensiones de jubilación. Como, por otra parte, crecerán también los gastos sanitarios de la Seguridad Social relativos a ancianos/as parece poder concluirse que, globalmente considerado, el coste social de los ancianos/as aumentará, incrementando su presión sobre el gasto público y el privado. Cabe esperar, pues, en un futuro muy próximo, un aumento de la conflictividad social de los ancianos/as, y especialmente un conflicto con respecto a los jóvenes en base a problemas de empleo. Por ello, no resultaría extraño, como ya se ha producido en algún país europeo, que surjan partidos políticos para defender a los ancianos/as, pues su electorado potencial comienza a ser muy importante.



## CAPÍTULO 10

### POLÍTICA PROFESIONAL MÉDICA

El término «clase» médica, que es privativo de la lengua española, no se refiere en su origen a una «clase social» determinada, o una elite privilegiada, sino a la existencia hasta el siglo pasado de diversas clases (o tipos) de médicos: protomédicos, médicos-puros, médicos-cirujanos, cirujanos, sangradores, cirujanos-sangradores, barberos, etc. En la Edad Media a los médicos no se les conocía por tal nombre, sino por el de «físicos», y luego se introdujo el término de «protomédicos» como los médicos reales. No es hasta 1827 que varias de estas categorías se unen, desapareciendo la tradicional diferencia entre los médicos y los cirujanos (con todos sus tipos respectivos), y agrupándolos en una sola «clase». Sin embargo, hasta 1868 existían por un lado los «médicos-puros» dedicados a la medicina interna, y los «médicos-cirujanos» a la cirugía. El término de «médicos» hubiese sido confuso, pues entonces se refería a los médicos-puros que no practicaban la cirugía, ni otras terapéuticas, mientras que el de «clase médica» describía así el novísimo tipo de médicos-cirujanos. Sin embargo, este término de «clase» —puramente taxonómico— se convierte poco a poco en un término *clasista*, es decir, para demostrar el status y el nivel social de la profesión médica unificada.

Hacia 1855 el término «clase» médica es alternativo al de «cuerpo», refiriéndose a la profesión por entero. La famosa Ley del Servicio General de Sanidad de ese año (la primera reglamentación legal moderna sobre el sector sanitario español) se refiere constantemente a los médicos bajo la expresión de «profesores de la facultad de medicina», y otras veces como «profesores de la ciencia de curar»<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> En el siglo pasado se utilizaba el término de *profesor* en vez de médico. Así la ley de 1898 define como «médico» a «todos los profesores que tengan el título de Médico-Cirujano, o cualquiera otro que legalmente habilite para el ejercicio de la Medicina o el de la Cirugía en toda su extensión».

La ley fundacional de los Colegios Médicos provinciales, de 1898, se refiere a la profesión médica utilizando diversos nombres, lo que hasta cierto punto crea una cierta confusión. Entre los nombres usados están: los de «profesor», «facultativo», «cirujano», y a veces «médico». El término concreto de «clase médica» aparece repetidamente.

La Instrucción General de Sanidad Pública de 1904 sigue utilizando también la expresión «profesor de medicina», sin referirse a los catedráticos de las Facultades de Medicina sino a todos los médicos. También utiliza el término «clase», refiriéndose en concreto al «mejoramiento, mutuo apoyo, e instrucción» de la *clase médica*, y a los «intereses generales de la clase». Utiliza además el concepto, ya usado con anterioridad, de «cuerpo», sugiriendo que los Colegios profesionales debían «mantener la unión, el mutuo respeto, y el prestigio del Cuerpo». En la época se hablaba incluso de «clases sanitarias». Así pues, la utilización de distintos términos para definir la profesión médica («profesores de medicina», «clase», y «cuerpo») denota la falta de concreción y unión de una profesión que hasta el siglo pasado constaba de tipos diferentes de profesionales, y estaba bastante desorganizada <sup>2</sup>.

Sin embargo, a partir de 1940 el término de «clase» médica se populariza, y además con connotación de status y nivel social de los médicos. El reglamento de los Colegios de Médicos de 1945 utiliza con profusión el término «clase médica»; y alguna vez el de «profesor» por médico. En una ocasión esta ley se refiere incluso a la «clase-sanitaria», en vez de médicos.

## INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA PROFESIÓN.

Los esfuerzos por sintetizar la evolución del asociacionismo profesional médico en España en los últimos siglos han sido incompletos, y en general no combinan el desarrollo de los Colegios profesionales con los cambios dentro del sector sanitario ni tampoco de la sociedad española. En la lista siguiente se resumen los principales sucesos acaecidos en el asociacionismo profesional médico dentro del sector sanitario español desde 1720 hasta 1979, dividido en seis etapas: los orígenes del asociacionismo profesional médico precedidos por los procesos de unificación de los médicos-cirujanos; la lenta institucionalización del sis-

---

<sup>2</sup> Es curioso comprobar, por ejemplo, como los estatutos del Colegio de médicos de Cataluña, de 1934, de tendencia más liberal no se refiere al término «clase médica» sino al de «estamento médico»; sin embargo, el reglamento interior publicado en 1935 utiliza de nuevo el término de «clase» médica.

tema de Colegios de Médicos desde su creación legal en 1898 hasta su progresiva obligatoriedad; las innovaciones democráticas de la periferia (y en especial las de Cataluña) y las reacciones centralistas oficiales en contra de tales proyectos, diseñando un sistema único de legislación; la cooptación total de la profesión médica por parte del régimen franquista, y su control mediante un reglamento muy autoritario, la alternativa oficial de 1967, y las críticas a su funcionamiento; y por último, las reformas democratizadoras posteriores a 1975 que todavía no han cristalizado en un modelo totalmente democrático de Colegios profesionales médicos.

La lista es larga, recogiendo así los dos procesos de la política médica: la *lucha por una autonomía* frente a un sistema estatal durante una primera época, y los vaivenes de *sistemas centralistas y sistemas periféricos* (más democráticos) durante el franquismo. Todos los sucesos siguientes resultan imprescindibles para entender —y crear un marco de referencia en— el análisis de la política médica española.

## I. ORÍGENES DEL ASOCIACIONISMO PROFESIONAL MÉDICO (-1897)

- 1720 La peste obliga a crear la Junta Suprema de Sanidad.
- 1795 El Estudio Real de Medicina Práctica organiza la docencia médica.
- 1796 Se organiza el primer Colegio profesional.
- 1799 Se suprime el Tribunal de Protomedicato.  
Se crea la Junta Superior Gubernativa de la Facultad Reunida.
- 1801 Se instaure de nuevo el protomedicato.
- 1804 Se repone la Junta Gubernativa.
- 1811 El Tribunal de Protomedicato a nivel nacional.
- 1820 Ley Orgánica de Sanidad Pública.
- 1822 Desaparece definitivamente el protomedicato.
- 1827 Se crea la Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía.  
Unión de los Colegios de Cirugía y de Medicina.
- 1847 Reforma sanitaria por la que desaparece la Junta Suprema de Sanidad.  
Se crea el Real Consejo de Sanidad.  
Se crea la Dirección General de Establecimientos Penales, Beneficencia y Sanidad.
- 1849 Se crean las Juntas Provinciales de Sanidad.
- 1855 Se publica la ley del Servicio General de Sanidad.  
Creación de los Jurados Médicos de Calificación provinciales.
- 1868 Nuevo plan de la carrera de Medicina.
- 1871 Se crea la Dirección General de Sanidad.
- 1883 Primer proyecto de colegiación médica (que no se llega a aplicar)
- 1885 Epidemia de cólera.
- 1891 Se crea la Junta de Defensa de la Clase Médico-Farmacéutica en Barcelona.
- 1894 Se funda el primer Colegio de Médicos, en Barcelona.

## II. LENTA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL SISTEMA COLEGIAL (1898-1919)

- 1898 Creación de los Colegios de Médicos provinciales obligatorios.
- 1904 Instrucción General de Sanidad Pública.  
Creación de las Juntas de Sanidad.  
Reglamentación del Cuerpo de Médicos Titulares.
- 1908 Creación del Instituto Nacional de Previsión.  
Se decreta la libertad colegial.
- 1913 Primer Congr s de Metges de Llengua Catalana.
- 1917 Colegios de Médicos Obligatorios.  
Creación del Colegio de Huérfanos de Médicos Pobres.
- 1918 Epidemia de gripe.

## III. INNOVACIONES DEMOCRÁTICAS Y REACCIONES OFICIALISTAS (1920-1938)

- 1920 Se constituye el Sindicat de Metges en Catalunya.  
Se crea la Mutual Médica de Cataluña y Baleares.
- 1921 Enmiendas a los estatutos de los Colegios Médicos Obligatorios.
- 1923 Clausura (por tres meses) del Sindicat de Metges de Catalunya.
- 1924 Prohibición legal de la existencia de sindicatos médicos.
- 1925 Estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos.  
Se crea el Consejo General de Colegios Médicos de España.  
Reglamento de Sanidad Municipal.
- 1926 Suspensión gubernativa del Sindicat de Metges de Catalunya.
- 1927 Se crea el Cuerpo de Sanidad Nacional.
- 1930 Nuevos estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos.  
Nuevos estatutos del Sindicat de Metges de Catalunya.  
Se crea la Institución de Previsión Médica Nacional (que luego se transforma en Previsión Sanitaria Nacional).
- 1933 Creación de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia.  
Creación de la Conselleria de Sanitat i d'Assistència Social en Cataluña.
- 1934 Ley de Régimen Sanitario.  
Estatuto del Colegio Oficial de Metges de Catalunya.
- 1935 Creación del Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.  
Ley de Coordinación Sanitaria.
- 1936 Discusión, en julio, de un proyecto de ley de seguridad social.
- 1937 Ministerios de Sanidad en Cataluña y en el País Vasco (zona republicana). Jefatura Nacional de Sanidad en el Frente Nacional.
- 1938 Diáspora de médicos de la zona republicana.

## IV. COOPTACIÓN DE LA PROFESIÓN MÉDICA (1939-1966)

- 1939 Creación del Patronato Nacional Antituberculoso.
- 1940 Desaparece definitivamente el Sindicat de Metges de Catalunya.
- 1942 Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (que no se empieza a aplicar hasta 1944).
- 1944 Publicación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional.
- 1945 Reglamento para la Organización Médica Colegial.  
El Fuero de los Españoles reconoce el seguro de enfermedad.  
Se aprueba el Plan Nacional de Instalaciones.
- 1946 Se pone en funcionamiento el Consejo General de Colegios Médicos de España (C.G.C.M.E.)  
Se edita el Boletín Cultural e Informativo del C.G.C.M.E.
- 1948 Nueva Comisión Permanente del C.G.C.M.E.
- 1954 Reglamento de personal sanitario local.
- 1955 Ley de Especialidades Médicas.  
Comisión Nacional Asesora de Especialidades Médicas.
- 1958 Reglamento de Especialidades Médicas.
- 1960 Encuesta nacional sobre la profesionalidad médica (que no se aplica).
- 1962 Se promulga la Ley de Hospitales.
- 1963 Se aprueba la Ley de Bases de la Seguridad Social (que no se aplica hasta 1967).
- 1964 Comienzo del Primer Plan de Desarrollo Sanitario.
- 1966 Se crea el Régimen Especial Agrario.  
Se suprime el Petitorio de Especialidades Farmacéuticas.  
Se publica el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.

## V. EL MODELO AUTORITARIO Y SU CRISIS (1967-1975)

- 1967 Nuevo texto del Reglamento de la Organización Médica Colegial.  
Empieza a aplicarse la Ley de Bases de la Seguridad Social.
- 1971 Primeros conflictos graves de los M.I.R. y huelgas de médicos.  
Conflictos en el sector psiquiátrico (empezando por el Hospital Psiquiátrico de Oviedo).  
Divisiones internas en el Congreso Nacional de Neuropsiquiatría en (Málaga).  
Primeras críticas serias de los médicos a la Seguridad Social.
- 1972 Reglamento de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.  
Se aprueba la Ley de Coordinación Hospitalaria (que no se aplica totalmente).  
Celebración del segundo Congreso de la Juventud Médica en Valencia.
- 1974 Se publica el Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria.  
Triunfo de candidaturas «democráticas» en varios Colegios Oficiales de Médicos provinciales.  
Ley sobre Colegios Profesionales.

- 1975 Algunos médicos proponen la creación de un Servicio Nacional de Salud.  
Se crean vocalías de sanidad en las Asociaciones de Vecinos.

## VI. HACIA NUEVAS REFORMAS DEMOCRATIZADORAS (1976-1979)

- 1976 Reunión del décimo Congrès de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana en Perpignan.  
Plan de reforma sanitaria del Ministerio de Gobernación («reformilla de Fraga») que no llega a aplicarse.
- 1977 Se publica la primera Estadística de Profesionales Sanitarios (referente a 1974-1975)  
Primeras Jornadas de Deontología, Derecho y Medicina organizadas por el Colegio de Madrid.  
Publicación del Libro Blanco y el Libro Rosa.  
Se establece el *numerus clausus* en las Facultades de Medicina, pero apenas se aplica.  
Reunión del «ambito sanitario» del Congrès de Cultura Catalana en Tarrassa.  
Primeras alternativas de médicos socialistas y comunistas al sector sanitario.  
Creación del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- 1978 Creación en Cataluña de la Conselleria de Sanitat.  
Celebración de las Primeras Jornadas Sanitarias del P.C.E.  
Reunión de las Jornadas Federales de Salud Pública del P.S.O.E.  
Desaparece el Instituto Nacional de Previsión.  
Crisis dentro del Consejo General de Colegios Médicos de España.  
La nueva Constitución monárquica reconoce el derecho a la salud de la población.  
Se crea el Sindicato Libre de Médicos.
- 1979 Reorganización del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.  
Se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD).  
Prosiguen las huelgas de M.I.R. y médicos de hospitales.  
Setmana de la Sanitat en Barcelona contra la privatización de la sanidad.  
*Numerus clausus* efectivo en todas las Facultades de Medicina.

Dos características esenciales pueden observarse a primera vista en esta historia de la política de la profesión médica: la dependencia de la creación de instituciones de fenómenos sociales, y la tardía implantación de leyes que obliga a menudo a legislar de nuevo. Muchas de las reformas e instituciones sanitarias se crearon con motivo de pestes y epidemias, así, por ejemplo, la creación de la Junta Suprema de Sanidad de 1720, la Ley del Servicio General de Sanidad en 1855, y la Dirección General de Sanidad en 1871. Por otra parte, la baja aplicación de los estatutos de los Colegios de Médicos de 1898, que creaban un

sistema colegial supuestamente «obligatorio», obliga a que se publique una ley de Colegios de Médicos Obligatorios en 1917. A pesar de ello en 1920 aparecen sistemas de sindicación libre, que son atacados por leyes gubernativas de 1921 y 1924, pero que tienen que repetirse —debido a su poco éxito— en los estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos de 1925. Sin embargo no es hasta 1940 que realmente desaparecen los Colegios libres, y por motivo del régimen franquista. Sin embargo, de nuevo en 1978 aparece un Sindicato Libre de Médicos que contradice la normativa vigente, pero que tarda en ser atacado legalmente. La historia, pues, de la política profesional médica es de continuas reformas que nunca llegan a aplicarse enteramente, bien por que los efectos de las epidemias que las provocan se olvidan, o bien porque no se obedecen por la propia profesión médica. Todavía está por auditar el impacto de la reciente epidemia del *síndrome tóxico* (aceite de colza envenenado) de mayo de 1981.

*De la unificación al asociacionismo profesional (hasta 1897):* Hasta el siglo XX los sistemas de asociación profesional médica eran *múltiples y débiles*. Esto se debía a la multiplicidad de profesionales médicos (cirujanos, médicos-puros, sangradores, barberos, etc.) y a la falta de unión a nivel nacional de los mismos. Existían ya algunas *cofradías* y *hermandades* a nivel local, con objetivos de sociedades de socorros mutuos; el *protomedicato* para los médicos del rey; y a partir del siglo XVIII algunas academias de medicina de poca actividad y controladas por el rey<sup>3</sup>. La profesión no estaba tampoco homogeneizada en su formación y estudios, salvo el examen ante los protomédicos que se empieza a realizar en el siglo XVII. La creación en el siglo siguiente de los «Colégios» de Cirugía no se debe a las necesidades de asociación gremial de los médicos, sino a las necesidades de las fuerzas armadas (Marina y Ejército) por formar cirujanos para sus necesidades propias. No eran, pues, Colegios Médicos al estilo actual, sino más bien una especie de Facultades de Medicina para especialistas. No es hasta finales de este siglo XVIII que se reglamentan y homogeneizan los estudios médicos en Madrid y Barcelona.

El siglo XIX se caracteriza por las luchas de la profesión médica por adquirir un monopolio y autonomía mínimos. Se establece una rivalidad entre el Tribunal del Protomedicato y una Junta Gubernativa de la

---

<sup>3</sup> Un resumen crítico de los libros de historia de la medicina española puede verse en José M. López Piñero y otros, *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX* (Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964), págs. 33-35. Una historia de la medicina interesante es la de Luis Comenge, *La medicina en el siglo XIX: Apuntes para la historia de la cultura médica en España* (Barcelona, José Espasa, 1914), 698 págs. Estamos de acuerdo con J. M. López Piñero en que ese libro está «muy deficientemente construido, pero abundantísimo en datos». Su gran virtud es ser una especie de historia social con ribetes de sociología organicista.

Facultad Reunida que se desplazan uno a otra en el poder alternativa-mente. El Tribunal del Protomedicato, que había existido durante siglos, se suprime en 1799, para instaurarse en 1801, desaparecer de nuevo en 1803, reinstaurarse (y a nivel nacional) en 1811, y desaparecer definitivamente en 1822. Por fin en 1827 se unifica la profesión médica, uniéndose a los *médicos* con los *cirujanos*, sus respectivos Colegios, y creando un sistema altamente centralizado y autoritario, controlado por una Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía. La sujeción de la profesión médica al sistema político y social fue entonces total. Para probarlo basta el artículo oficial de «Licenciado en Medicina» de la época <sup>4</sup>:

«Nos los Médico-Cirujanos de Cámara con ejercicio del Rey nuestro Señor, Vocales de la Real Junta superior gubernativa de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía. Hacemos saber que D. N., natural de N., diócesis de N., de estatura N., ojos N. y pelo N., habiendo acreditado tener los requisitos prevenidos por las leyes, ha sido examinado y aprobado en la Facultad de Medicina el día N. de N. en N. de N. Por tanto, damos licencia y autoridad cumplida al expresado D.N. para que libremente, sin pena ni calumnia alguna, pueda ejercer la citada Facultad de Medicina en los casos y cosas á ella tocantes y concernientes, en todos los dominios de S. M. en virtud de esta nuestra carta. Y de parte del Rey nuestro Señor exhortamos y requerimos a todos los Jueces y Justicias, de cualesquiera clase y condición que sean, no le pongan impedimento alguno ni consientan que sobre ello sea molestado ni vejado; antes bien le guarden y hagan guardar y cumplir todas las honras, gracias, prerrogativas, exenciones y privilegios que por las leyes le están concedidas, haciendo se le paguen cualesquiera maravedís que por razón de

---

<sup>4</sup> El «Diploma de Doctor para los Médico-Cirujanos» era similar pero en latín. Véase Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía, *Reglamento aprobado, y mandado observar por el Rey nuestro Señor, para el régimen científico, económico, e interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía, y para el gobierno de los profesores que ejerzan estas partes de la ciencia de curar en todo el Reino* (Madrid, Imprenta Real, 1827), págs. 177-179. El subrayado es nuestro.

su Facultad le sean debidos. Y declaramos que el susodicho *ha prestado juramento de defender el Misterio de la Purísima Concepción de la siempre Virgen María nuestra Señora*; usar bien y fielmente de su Profesión; guardar secreto en los casos convenientes; defender la Soberanía del Rey nuestro Señor y los derechos de su Corona; no haber pertenecido ni haber de pertenecer á las sociedades secretas reprobadas por las leyes, *ni reconocer el absurdo principio de que el pueblo es árbitro de cambiar la forma de gobierno establecida*; sostener, con arreglo á la sesión decimaquinta del Concilio de Constanza, que á ningún súbdito le es permitido el regicidio ó el tiranicidio; asistir de limosna á los pobres de solemnidad y con el mismo cuidado que á los ricos; despreciar todos los riesgos y contagios cuando lo exija la salud pública; aconsejar á los enfermos que estén en peligro de morir el arreglo de sus negocios espirituales y temporales; *no aconsejar ni cooperar al aborto ni al infanticidio*, y administrar el agua de socorro á los párvulos siempre que sea menester: en cuya virtud y habiendo pagado el derecho de la media anata, le libramos el presente título, firmado de nuestras manos, sellado con nuestro sello, y refrendado por nuestro Secretario. Dado en Madrid á N. de N. de N. = N.N.N. Registrado al folio N. del libro correspondiente número. N. = Título de Licenciado en Medicina á favor de N.»

La reacción absolutista de Fernando VII, que tan gráficamente puede verse en este juramento hipocrático de la época (1827), tuvo un fuerte impacto sobre la profesión médica, algunos de cuyos efectos todavía son visibles en la actualidad. Según la «ley de purificaciones» fueron expulsados todos los catedráticos de medicina acusados de liberales; se llegaron a cerrar las universidades; y la censura se instauró incluso en las publicaciones científicas. La Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía mantenía un estricto control sobre las academias de medicina de distrito, que tenían una autonomía muy reducida. Una época como ésta sólo se reproduce en 1940, con la dictadura fran-

quista, y entonces en formas curiosamente muy similares. La hipótesis de López Piñero y colaboradores, es que tras la época absolutista del siglo pasado la medicina española ya nunca recuperará su inserción en la sociedad, viviendo apartada de ella, con un desarrollo científico basado únicamente en algunos personajes aislados, y sin el desarrollo de instituciones adecuadas. Desde entonces las *academias* mantuvieron una actitud abiertamente conservadora, y con una actividad mínima.

La descripción de las vocaciones médicas del siglo pasado resalta esta falta de «cientificidad» de la profesión. La cita, de la historia de la medicina de Comenge de 1914, es larga pero no tiene desperdicio <sup>5</sup>:

«A los niños destinados a la abogacía, sacerdocio, medicina, cirugía y demás carreras liberales se los sometía a idéntica preparación, latín a todo pasto y por varios años. Hijos de barberos, cirujanos, boticarios, médicos o de labriegos o de industriales modestísimos eran los aspirantes a *galenos*; el ochenta por ciento de éstos, acaso más, procedían de hogares humildísimos, en donde la estrechez, la rudeza y los sufrimientos constituían el pan cotidiano, y los dispendios para educar a los pequeños era carga abrumante para los padres. Acudían los muchachos a los conventos en busca de sopa y lecciones gratuitas que exigían largas y diarias caminatas de los escolares sin tiempo material para otra suerte de estudios y pulimentos; salían ellos, a la postre, buenos latinos, espabilados argumentadores, curtidos, los más, contra las inclemencias del tiempo y las crueldades del *dómine*, pero ayunos de otros saberes no relacionados con la lengua de Horacio y con los rudimentos de historia sagrada, religión y moral y algún ensayo helénico.

»Cuando las guerras y las revoluciones no lo impedían, la tropa estudiantil se trasladaba ensotados y de tuna en los comienzos del período, a las ciudades donde había cátedras de medicina o de cirugía, y allí, ejerciendo de mancebos de barbería, de farmacia, de recaderos y otros oficios similares, subvenían al diario sustento y cursaban la facultad; otros escolares, más afortunados, se hacinaban en pobres hosterías y concluían su carrera con no infrecuente perdón de exámenes, lenidad de pruebas académicas y dispensa de designaturas, otorgadas por regia voluntad a los

<sup>5</sup> Luis Comenge, *La medicina en el siglo XIX: Apuntes para la Historia de la cultura médica en España* (Barcelona, José Espasa, 1914), págs. 371-372.

que, por ejemplo, habían servido como practicantes o como soldados en los ejércitos de la nación; otras veces la gracia dimanaba de faustos acontecimientos o de cambios políticos.

»Los licenciados, en conjunto, abandonaban las aulas vigorosos, con nobles arranques, con ilustración médica atropellada, manca en algunas disciplinas por carecer de elementos las universidades, con mísera cultura general y sin haber perdido, apenas, la corteza primaria y tosca; ésta mantenía distanciada a la clase curativa del público ilustrado, y la sociedad solía ver, no más, en nuestra profesión, el ejercicio rutinario de una carrera, de un oficio indispensable, al que otorgaba categoría propinqua a la del sangrador y rapabarbas y diputaba sabios a los facundiosos y a los que podían ostentar cintajos y colorines en las solemnidades.»

La Ley del Servicio General de Sanidad de 1855 fue realmente la primera legislación sanitaria del país. Hasta entonces la organización sanitaria se basaba en el Tribunal del Protomedicato, a nivel de los médicos de la Corte, una red de médicos municipales, y un «cuerpo» de Subdelegados de Medicina. En 1855 todo el sector público pasó a depender del Ministerio de la Gobernación, que se reglamenta mejor por la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904. La sanidad se reducía a la protección de la población en época de epidemias y, dado que la medicina científica estaba muy subdesarrollada, poco se podía hacer salvo aislar a los afectados y evitar el contagio. Las leyes sanitarias (como la de 1855) suceden a las grandes epidemias en países vecinos, y tan pronto pasa el temor, la organización sanitaria se deteriora. Es a partir de 1868 cuando aparecen diversos proyectos de asociación médica, que cristalizarían en 1898 con la creación de los Colegios de Médicos provinciales, y teóricamente obligatorios.

*Lenta e incompleta colegiación (1898-1919):* Hasta principios del siglo XX, los médicos españoles no estaban organizados —ni teóricamente siquiera— en asociaciones profesionales, con lo que el intruismo era elevado, la competencia entre médicos no estaba reglamentada, y los médicos-rurales dependían totalmente de la estructura caciquil local. El origen de los Colegios Médicos puede situarse en el artículo 80 de la ley sanitaria de 1855, en el que se prevé la creación de los Jurados Médicos de Calificación provinciales:

«Con el objeto de prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometan los profesores (médicos) en el ejercicio

de sus respectivas facultades, regularizar en ciertos casos sus honorarios, reprimir todos los abusos profesionales a que se puede dar margen en la práctica, y a fin de establecer una severa moral médica, se organizará en la capital de cada provincia un jurado médico de calificación, cuyas atribuciones, deberes, cualidades y número de los individuos que le compongan, se detallarán en un reglamento que publicará el Gobierno, oyendo al Consejo de Sanidad.»

Estos jurados son los que se convierten en Juntas Provinciales de Gobierno en el artículo 29 de la ley de 1898 sobre Colegios de Médicos; y que se desarrolla luego en el artículo 85 de la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904. Sin embargo, hay que llamar la atención sobre la lentitud (más de cuatro décadas) en llevar a la práctica este articulado de 1855; y aun entonces sólo en forma incompleta. Desde un punto de vista la creación de los Colegios representó una conquista de la profesión médica para luchar contra el intrusismo, y contra los débiles procesos de colectivización sanitaria (seguros y mutualidades) dentro del país. Desde otro punto de vista la ley de 1898 no supone tanto un reglamento para proteger los derechos de los médicos, sino más bien una ley para controlarlos y mantenerlos dentro de un orden.

A pesar de todo, la ley de 1898 no se llega a aplicar en la realidad y fue necesario publicar en 1917 una nueva ley de Colegios Médicos Obligatorios. Tres años después se crea —como réplica— un Sindicato de Médicos de Cataluña, libre, democrático, y anti-centralista.

*Intentos de reforma y reacciones oficialistas (1920-1938)*: Los Colegios de Médicos Obligatorios «más que una organización de clase eran una tutoría que sobre la clase ejercía el Estado»<sup>6</sup>. Además de defender el «decoro y buen nombre de la clase» (se entiende la «clase médica») los Colegios obligaban a sus miembros a cumplir la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904, y las demás leyes sanitarias. Se planteaba, pues, una forma de asociacionismo profesional más controlador de los médicos que autonómico; y en cualquier caso centralista. Como en otras épocas de la historia social de España se produce un *pronunciamiento* (sanitario) desde la periferia, y se constituye en

---

<sup>6</sup> Joan Mas, *El Sindicat de Metges de Catalunya* (Barcelona, Tipografia Occitania, 1932), pág. 15.

1920 el Sindicat de Metges de Catalunya (S.M.C.) con un modelo más democrático, autonómico, gremial y anticentralista.

Esta época es la de la lucha entre un modelo asociacionista central y poco democrático, y la contestación periférica de un modelo autonómico. A los tres años el S.M.C. es clausurado, y se prohíbe en 1924 la existencia legal de sindicatos médicos. En 1925 se crea un nuevo estatuto de Colegios Oficiales de Médicos que pretenden llegar a ser únicos y obligatorios. Al año siguiente se vuelve a suspender el S.M.C. En 1930 se plantean unos nuevos estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos, ya que los de un lustro antes no habían llegado a cumplirse. La República, sin embargo, favorece la creación de Colegios periféricos y anti-centralistas, y reemerge el S.M.C. con nuevo brío; el S.M.C. no desaparecerá definitivamente hasta 1940 con la victoria franquista. El modelo del S.M.C. es luego copiado en lo que tenía de gremial (la creación de la Mutual Médica de Cataluña y Baleares por ejemplo, y otras instituciones de previsión) por los Colegios oficiales (que crean Previsión Sanitaria Nacional). La guerra civil corta la actividad de asociacionismo profesional de los médicos, y la dictadura franquista lleva a una situación de control gubernamental de la profesión médica similar a la de 1827. Se termina así un ciclo entero de asociacionismo profesional médico en España.

*La implantación de un modelo autoritario (1939-1966):* La verdadera intención del nuevo régimen en los años cuarenta, fue la de eliminar la organización Colegial, e integrar a los médicos en la organización sindical, es decir, en los llamados «sindicatos verticales» que se habían inventado. La ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 (que representa la reorganización sanitaria del franquismo) así lo señala de pasada <sup>7</sup>. Sin embargo, la oposición de la profesión médica fue grande, la oportunidad de tal medida dudosa, y se prefirió en 1945 cooptar los Colegios de Médicos, haciéndolos oficiales, obligatorios, centralizados, y totalmente dependientes del Ministerio de la Gobernación. El Consejo General de Colegios Médicos de España (C.G.C.M.E.) que había sido creado en 1925, sirvió al nuevo régimen para dominar a la profesión médica, nombrando a dedo la mayoría de sus componentes, y poniendo a su frente un médico «azul». Las revistas profesionales, como *Ser: Revista Médico-Social*, sirven en los años de la posguerra como órganos de difusión de la ideología falangista. Véanse estas inflamadas frases del médico Alfonso de la Fuente, que fue luego presidente del C.G.C.M.E. durante muchos años <sup>8</sup>:

<sup>7</sup> La «Base trigesimocuarta» señalaba: «los profesionales sanitarios quedarán integrados en las citadas entidades colegiales [Colegios Oficiales de Médicos bajo la autoridad de un Consejo General, en Madrid] hasta que sean incorporados a la organización sindical».

<sup>8</sup> Alfonso de la Fuente, «18 de julio de 1936: Amanecer de España», en *Ser*, número 6 (1942), pág. 4.

«¡José Antonio Primo de Rivera!, gigante de la raza, caballero andante de la Gloria, profeta del Imperio, inculcó un espíritu españolísimo a las invictas milicias de la Falange; toda la mística de nuestra revolución lleva su sello, personal e inconfundible, y la sublime concepción del sindicalismo vertical muestra la grandeza inimitable del genio hispánico.»

El nivel de dependencia y autoritarismo de la organización colegial entre 1945 y 1966 es máximo. El presidente del C.G.C.M.E., así como los dos vicepresidentes, el secretario general, y varios otros cargos eran nombrados a dedo por el ministro de la Gobernación en persona. Como la Organización Médica Colegial era ampliamente presidencialista (el presidente era el único que podía convocar reuniones, fijar el Orden del Día, y levantar acta) no existía ninguna posibilidad de autonomía Colegial. Incluso los presidentes y vicepresidentes permanentes eran nombrados directamente por la Dirección General de Sanidad (a propuesta, por si fuera poco, del Consejo General). En el Consejo General sólo un miembro era elegido por sufragio universal, y los otros 19 miembros en forma no-democrática.

Pero además los miembros eran investidos en sus cargos por cinco años, y podían ser re-nombrados tantas veces como se quisiese, lo que permitía una gran estabilidad de las elites Colegiales adictas al régimen. Los médicos «de a pie» no podían nunca reunirse, salvo para participar como comparsas en alguna reunión preparada. El poder de la profesión médica era limitadísimo, y el gobierno fue capaz de crear el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942-1944) no sólo sin la oposición de los médicos, sino incluso con su (forzada) colaboración.

En 1963 se produce un giro en la organización sanitaria, que daría origen a partir de 1967 a la Ley de Bases de la Seguridad Social, los planes de desarrollo sanitarios y, en definitiva, a una nueva etapa del franquismo más aperturista a las relaciones internacionales y más capitalista. Esto se refleja en una nueva organización Colegial algo más participatoria, con un nuevo texto del Reglamento de la Organización Médica Colegial en 1967.

*La crisis del modelo autoritario (1967-1975):* A pesar de la evolución social y económica del país, el nuevo modelo Colegial de 1967 continúa siendo un sistema centralizado, con poca independencia de los Colegios provinciales, con un Consejo General fuerte, y con un presidente con mucho poder y con todo tipo de atribuciones personales. El modelo puede definirse como *autoritario* (pues hace depender a los Colegios del Ministerio de la Gobernación, y no es autónomo), *elitista*

(pues da más poder a los de mayor antigüedad, y a los que tienen cargos u ocupaciones más altas frente a sus compañeros), *presidencialista* (pues los presidentes —nacional y provinciales— deciden sobre casi todos los temas), y *centralista* (las votaciones importantes se realizan en Madrid, el Consejo General toma las decisiones en Madrid, y todos los recursos importantes —además de la información— se concentran en el Consejo General).

En la práctica, y sobre todo a partir de 1971, este modelo Colegial autoritario se ve criticado desde dentro y fuera de la profesión. A partir de ese año empieza la contestación de los propios médicos, desde la periferia (siguiendo con la pauta de *pronunciamiento* sanitario): Oviedo, Málaga, Barcelona, Valencia. La última ley del franquismo es la de Colegios Profesionales de 1974 que nunca llegó a aplicarse del todo por la muerte de Franco, en un hospital de la Seguridad Social («La Paz») en noviembre de 1975. Con el cambio político se empieza a proponer la creación de un modelo de reforma sanitaria y un sistema democrático (y racional) de planificación sanitaria. Curiosamente el proceso de democratización de los Colegios Médicos permanece en la retaguardia y no llega a elaborar un modelo serio de cambio.

Es difícil de estudiar con perspectiva histórica los últimos años, desde 1976, ya que su proximidad nos impide diferenciar lo esencial de lo accesorio. Sin embargo, se observa de nuevo un interés creciente por la reforma global del sector sanitario pero no por el cambio rápido de la organización Colegial, a pesar del triunfo de las «candidaturas democráticas» en varias provincias. Hacia 1978 se crea un Sindicato Libre de Médicos y adquieren más importancia las asociaciones de médicos de hospitales. Sin embargo, adquieren más importancia las demandas «gremiales» de la profesión médica, y se producen repetidos enfrentamientos de los médicos con el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (creado en 1977) convertido luego en Ministerio de Sanidad y Consumo. También aumentan las demandas autonómicas regionales. A partir de 1983, el nuevo Gobierno socialista recibe serios ataques por parte de la profesión médica.

## POLÍTICA COLEGIAL.

En la historia contemporánea de los Colegios de Médicos se pueden contar, al menos, siete diferentes reformas u organizaciones. Se parte, en 1898, de un modelo nacional de Colegios provinciales, relativamente descentralizado pero elitista. En 1920, en Cataluña se presenta una alternativa más democrática y descentralizada bajo el nombre de *Sindicat de Metges de Catalunya*, que a su vez da origen a la reforma de 1925 que es más controladora de la propia profesión

Características Nombre	1895 Colegios de Médicos	1920 Sindicat de Metges de Catalunya	1925 Colegios Oficiales de Médicos
Tipo de organización:	Colegios de Médicos Provinciales, dependientes de los Subdelegados de Sanidad.	Un sindicato médico para Cataluña (y Baleares desde 1927) con 41 secciones comarcales.	Colegios Médicos Provinciales con Jurados Regionales, y un Consejo General que los representa, dependientes del Ministerio de la Gobernación.
Tipo de miembros:	Asociación obligatoria para todos los médicos activos. Se pueden inscribir en varios Colegios.	Asociación voluntaria a una sección comarcal, llegando al 88 por 100 de los médicos de Cataluña y Baleares en 1932.	Asociación única y obligatoria para todos los médicos activos.
Órgano de máximo poder:	Junta de Gobierno, provincial.	El Consejo General dentro de la Asamblea General de Delegados.	Junta de Gobierno provincial.
Elección del presidente nacional:	No existe.	Por la Asamblea General de Delegados (Consejo General, delegados de las instituciones y delegados de las secciones comarcales).	No se especifica.
Composición de la ejecutiva nacional:	No existe.	Consejo General (elegido por la Asamblea General de Delegados).	No se especifica.

0.1  
*Profesionales médicas en España*

1930 Colegios Oficiales de Médicos	1934 Collegi Oficial de Metges de Catalunya	1945 Organización Médica Colegial	1967 Organización Médica Colegial																																				
<p>Colegios de Médicos Provinciales, dirigidos por un Consejo General como organización única y exclusiva.</p>	<p>Un Colegio Médico de Cataluña, con cinco Secciones Intercomarcales.</p>	<p>Cincuenta y dos Colegios Médicos Provinciales, subordinados a un Consejo General de Colegios Médicos, siendo todos ellos dependientes de la Dirección General de Sanidad.</p>	<p>Cincuenta y dos Colegios Oficiales de Médicos (provinciales), bajo la autoridad de un Consejo General de Colegios Médicos.</p>																																				
<p>Asociación obligatoria a un Colegio provincial de todos los médicos activos.</p>	<p>Asociación obligatoria a una sección y al Colegio de todos los médicos activos, excepto los militares.</p>	<p>Agrupados por Colegios provinciales bajo asociación obligatoria y exclusiva para todos los médicos en activo.</p>	<p>Agrupados por Colegios Provinciales, bajo asociación obligatoria y exclusiva para todos los médicos en activo.</p>																																				
<p>Consejo General de los Colegios Médicos.</p>	<p>Consejo General del Colegio de Médicos de Cataluña.</p>	<p>Presidente del Consejo General.</p>	<p>Consejo General, dirigido autoritariamente por el presidente.</p>																																				
<p>Elección por la Asamblea General de Juntas de Gobierno de los Colegios (los presidentes provinciales) entre los presidentes de los Colegios provinciales.</p>	<p>Sufragio universal directo de todos los médicos colegiados, por cuatro años renovables sólo una vez, a un médico con diez años de antigüedad.</p>	<p>Ministerio de la Gobernación a propuesta de la Dirección General de Sanidad, por cinco años renovables.</p>	<p>Por los Presidentes provinciales, en candidaturas aprobadas por la Dirección General de Sanidad, a un médico con antigüedad de al menos quince años, por seis años renovables.</p>																																				
<p>Consejo General de Colegios Médicos, formado por el presidente y diez consejeros (uno por cada región, propuesto por los presidentes de sus provincias y elegidos por la Asamblea General). Todos deben ser presidentes de Colegios provinciales. El presidente del Colegio de Madrid es vocal nato. Se reúne dos veces al año.</p>	<p>Los cinco presidentes de las Secciones Intercomarcales (como vicepresidentes), más un representante por cada 200 miembros, elegidos por sufragio universal directo en cada sección, formando el Consejo Nacional. Se requieren cinco años de antigüedad.</p>	<p>En candidaturas aprobadas por la Dirección General de Sanidad.</p>	<p>En candidaturas aprobadas por la Dirección General de Sanidad.</p>																																				
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Pleno</th> <th style="text-align: center;">Comisión Perm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dir.</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Indir.</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Estr.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Univ.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td style="text-align: center;"><b>(20)</b></td> <td style="text-align: center;"><b>(8)</b></td> </tr> </tbody> </table>		Pleno	Comisión Perm.	Dir.	5	5	Indir.	13	1	Estr.	1	1	Univ.	1	1	<b>Total</b>	<b>(20)</b>	<b>(8)</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Pleno</th> <th style="text-align: center;">Comisión Perm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dir.</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Indir.</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Estr.</td> <td style="text-align: center;">21</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Univ.</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td style="text-align: center;"><b>(30)</b></td> <td style="text-align: center;"><b>(9)</b></td> </tr> </tbody> </table>		Pleno	Comisión Perm.	Dir.	4	2	Indir.	5	1	Estr.	21	6	Univ.	0	0	<b>Total</b>	<b>(30)</b>	<b>(9)</b>
	Pleno	Comisión Perm.																																					
Dir.	5	5																																					
Indir.	13	1																																					
Estr.	1	1																																					
Univ.	1	1																																					
<b>Total</b>	<b>(20)</b>	<b>(8)</b>																																					
	Pleno	Comisión Perm.																																					
Dir.	4	2																																					
Indir.	5	1																																					
Estr.	21	6																																					
Univ.	0	0																																					
<b>Total</b>	<b>(30)</b>	<b>(9)</b>																																					

*Características básicas de las asociaciones*

Características Nombre	1895 Colegios de Médicos	1920 Sindicat de Metges de Catalunya	1925 Colegios Oficiales de Médicos
Papel de la asamblea nacional:	No existe. Su sustituto funcional es el Real Consejo de Sanidad.	Asamblea General de Delegados, el órgano de máxima decisión.	Asamblea general convocada por el Consejo General, sin funciones claras.
Elección del presidente provincial:	Votación secreta y personal de todos los colegiados, por cuatro años renovables, a un médico con años (quince, diez o seis) de antigüedad y contribución industrial alta.	Por sufragio directo de los médicos de su comarca afiliados al sindicato.	Sufragio de los colegiados conforme a reglamentos provinciales particulares, a personas con más de cinco años de antigüedad.
Composición de la ejecutiva provincial:	Junta de Gobierno: Por todos los colegiados, por votación secreta y personal de todos los colegiados, por cuatro años renovables, a médicos con diez años de antigüedad y pagos altos de contribución industrial (en los tres últimos años).	Junta directiva comarcal, elegida por sufragio directo (dentro de cada comarca) de los médicos afiliados al sindicato.	Junta de Gobierno compuesta por un número variable, contando con la mitad de médicos titulares entre los vocales.
Número total de miembros:	—	388 en 1921 y 2.928 en 1932.	—
Modelo:	Elitista, descentralizado.	Democrático, descentralizado.	Controlador y antiintrusista.

médica, y con carácter claramente anti-intrusistas. Las dificultades de que estos modelos nacionales llegasen de verdad a aplicarse hacen que de nuevo, en 1930, se plantee un nuevo reglamento de Colegios Oficiales de Médicos algo más democrático que el de 1925 (pero todavía jerárquico y estratificado), conservando las formas elitistas. Cataluña, de nuevo presenta, en 1934, una alternativa democrática e incluso no-presidencialista, pero el proyecto de reorganización queda abortado por la guerra civil.

0.1 (Continuación)  
 rofesionales médicas en España

1930 Colegios Oficiales de Médicos	1934 Collegi Oficial de Metges de Catalunya	1945 Organización Médica Colegial	1967 Organización Médica Colegial																																				
Asamblea General de Juntas de Gobierno de los Colegios, que se reúne una vez cada dos años.	No existe, salvo Juntas Generales por cada Sección Intercomarcal.	Asamblea General de Juntas Directivas Provinciales, convocadas por el Consejo General cada tres años.	Asamblea General de Presidentes de Colegios y Miembros del Consejo General de Sanidad, convocada anualmente por el Consejo General.																																				
Por sufragio directo de los médicos colegiados en la provincia, a un médico con más de cinco años de ejercicio profesional.	Sufragio universal directo, por cuatro años renovables sólo una vez, a un médico con diez años de antigüedad.	Dirección general de Sanidad, a propuesta del Consejo General, por cinco años renovables.	Todos los médicos colegiados de la provincia, entre candidaturas (con 25 firmas al menos) aprobadas por la Dirección General de Sanidad, por seis años renovables.																																				
Junta de Gobierno, provincial, elegida por sufragio, conforme a un reglamento fijado por cada Colegio Provincial, en Junta general ordinaria. Incompatibilidad con los tribunales profesionales.	Un presidente, un secretario y un representante por cada 100 miembros, elegidos por sufragio universal directo, que forman la Junta Directiva. Se requieren cinco años de antigüedad.	En candidaturas aprobadas por la Dirección General de Sanidad.	En candidaturas aprobadas por la Dirección General de Sanidad.																																				
—	—	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Pleno</th> <th style="text-align: center;">Comisión Perm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dir.</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Indir.</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Estr.</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Univ.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">(10)</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">(6)</td> </tr> </tbody> </table>		Pleno	Comisión Perm.	Dir.	3	2	Indir.	6	2	Estr.	0	1	Univ.	1	1	Total	(10)	(6)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Pleno</th> <th style="text-align: center;">Comisión Perm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dir.</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Indir.</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Estr.</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Univ.</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">(14)</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">(6)</td> </tr> </tbody> </table>		Pleno	Comisión Perm.	Dir.	2	2	Indir.	2	0	Estr.	0	0	Univ.	10	4	Total	(14)	(6)
	Pleno	Comisión Perm.																																					
Dir.	3	2																																					
Indir.	6	2																																					
Estr.	0	1																																					
Univ.	1	1																																					
Total	(10)	(6)																																					
	Pleno	Comisión Perm.																																					
Dir.	2	2																																					
Indir.	2	0																																					
Estr.	0	0																																					
Univ.	10	4																																					
Total	(14)	(6)																																					
—	—	<p><i>Circa, 25.000</i></p>	<p>41.932</p>																																				
Democrático - estratificado y elitista.	Democrático, no - presidencialista.	Dictatorial y gubernativo.	Autoritario, elitista, centralista y presidencialista.																																				

El nuevo régimen tarda, significativamente, varios años en poner en marcha la organización colegial, y en 1945 realiza la reforma más autoritaria y gubernativa de la profesión médica, rememorando a la absolutista de 118 años antes. La distensión del régimen franquista, el crecimiento económico, y la relativa apertura internacional llevan a la reforma de los Colegios de 1967, que conforman un modelo todavía autoritario, elitista, centralista, y presidencialista.

La tabla 9.1 recoge las características básicas de estos siete modelos.

Concretamente se especifica el *nombre* que adquiere la organización profesional médica; el *tipo de organización* regional y su dependencia de otros organismos; el *tipo de miembros* que integran la organización, y si son obligatorios o voluntarios; señala además el *órgano de máximo poder* dentro de la organización; la forma en que realiza la *elección del presidente nacional* o cargo similar; la *composición de la ejecutiva nacional* distinguiendo el nivel democrático de elección; el *papel de la asamblea nacional* en la práctica, cuando existe; la forma de *elección del presidente provincial*; la *composición de la ejecutiva provincial* de nuevo señalando el nivel democrático de elección; una aproximación del *número total de miembros* de la organización total sumando todas las provinciales; y finalmente se señalan las características fundamentales del *modelo* de organización.

En el nivel de democratización en la elección de los miembros en las ejecutivas (nacional o provinciales) distinguimos la designación *directa* por el gobierno del Estado central; *indirecta* a través de un ministro u otro alto funcionario, designado a su vez a dedo por el gobierno; *estratificada* o elección por los miembros pero a través de delegados o representantes elegidos anteriormente y no en forma directa; y *universal* por todos los miembros de la organización correspondiente. Los niveles de democracia en los dos últimos sistemas colegiales (el de 1945 y el de 1967) son muy limitados. Uniendo los miembros elegidos por votación *universal* y *estratificada* los porcentajes son:

	1945		1967	
	Pleno	Comisión Permanente	Pleno	Comisión Permanente
Ejecutiva nacional.....	10	25	70	67
Ejecutiva provincial.....	10	33	71	67

Se observa que el nivel de democracia dentro de la organización colegial oficial siempre ha sido bajo, aun cuando en 1967 es lógicamente más democrático que en 1945. En general, las ejecutivas provinciales son algo más democráticas que las ejecutivas nacionales. Curiosamente, en 1945 las Comisiones Permanentes eran algo más democráticas que los Plenos, situación que es la contraria en la reforma de 1967.

La profesión médica española es singular; no sólo con otras profesiones dentro del país, sino incluso con otras profesiones médicas del extranjero. Esto es precisamente lo que hace de este estudio un trabajo básico para avanzar el conocimiento del sector sanitario español, y de la teoría sociológica sobre profesiones médicas y asociacionismo

médico. Nos sirve además para replicar los estudios sobre sociología del poder.

Señalamos a continuación, y en forma provisional, algunas de las hipótesis diferenciales del caso español:

1. En España se produce una tardía institucionalización de la profesión médica, que se realiza con un esfuerzo múltiple, en general de forma incompleta, que impide desde el principio una defensa efectiva del monopolio médico. La unificación de la profesión médica se realiza precisamente con una mentalidad política absolutista (en el primer tercio del siglo XIX), que se va a conservar a lo largo de toda su historia. El origen no-democrático se refuerza con el régimen franquista, que debilita enormemente la institucionalización efectiva del asociacionismo profesional, ya de por sí anormalmente tardío. Todo esto supone que sólo se puede hablar de una profesión médica débil, y desorganizada, con poco poder político y profesional.

2. Se parte, desde el principio, de un modelo de asociacionismo profesional que es controlador de la actividad de sus miembros, y no sigue un modelo liberal-gremial. Los Colegios formados a partir del siglo XIX, son instituciones dominadas por el Estado —muy directamente por el propio gobierno— y no-autónomos. Sirven pues para negociar impuestos y beneficios para los médicos, y garantizar una relativa lucha contra el intrusismo, pero no como grupos de presión independientes.

3. La historia del asociacionismo profesional médico es una historia llena de vaivenes autónomos y centralistas. En particular Cataluña, presenta sucesivamente modelos alternativos al Estado central, que son reprimidos directamente o a través de reformas para todo el país. Estos procesos de represión son también tardíos pasando varios años hasta que se logra una reforma central que puede superar a la alternativa periférica. Se sigue así un modelo, definido anteriormente, como de *pronunciamiento sanitario*<sup>9</sup>. En consecuencia la historia del asociacionismo médico español no se entiende sin el análisis detallado de esas alternativas, su represión, y su fracaso posterior —para volver a renacer, años después, cual ave fénix bajo una forma diferente.

4. La profesión médica, al igual que el resto de la política sanitaria, va por detrás de los hechos y cambios sociales, y no se adelanta a planificar su evolución. No se trata, pues, de un sistema de asociacionismo profesional muy racional, pues ninguno de los problemas básicos se han analizado con anterioridad. Se limitan a reacciones posteriores tímidas. No se puede hablar así de una política Colegial coherente ni explícita. Los Colegios no mantienen una organización que

---

<sup>9</sup> Véase Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid, Akal, 1979).

permita la planificación de su gestión, ni la solución de los problemas, ni siquiera de los creados por los propios miembros. Por todo ello su nivel de decisión en temas profesionales se ha visto muy limitado, sin crear un poder adicional. Los sistemas de enseñanza médica, graduación, especialización, y empleo, no han sido controlados por las asociaciones Colegiales médicas en España.

5. La tardía implantación de leyes referidas a la profesión médica, y su manifiesto incumplimiento obligan continuamente a re-legislar. Sencillamente las reformas se dictan pero no se suelen llevar a cabo. Esto se debe a dos hechos: el ir a remolque de la situación (de tal forma que pasada la causa es olvidada la norma) y por la propia lentitud burocrática de los Colegios. La leyes no se cumplen, y son olvidadas, o a veces vueltas a definir.

6. El proceso originario de creación de la profesión médica en el primer tercio del siglo XIX, lleva lógicamente a una *unificación* de los profesionales médicos (que se tarda casi un siglo en llevar a la práctica) pero significa también un *control* definitivo de la profesión por el Estado, situación que todavía no se ha superado. Incluso, los procesos de democratización de la profesión médica tras el franquismo (1975 en adelante) han sido más lentos e incompletos que el de otros sectores sociales y profesionales.

7. Como se ha señalado de pasada en las anteriores hipótesis la profesión médica española tiene poco poder. Esto conviene matizarlo; nos referimos a poco poder gremial; incluso en la práctica menos poder del que las leyes le permiten, debido posiblemente a las propias burocracias y ejecutivas de los Colegios. Sin embargo, el poder social ha sido relativo. El precio pagado por la sociedad ha sido la aparente *corrupción* de una parte de la profesión médica, es decir, el lucro de algunos médicos utilizando no sólo sus métodos de consulta privada, sino incluso los recursos del sector público a su alcance. Se podría hablar incluso de una negociación implícita (un proceso de *bargaining*) entre la profesión médica organizada y el Estado, para permitir una relativa socialización del sector sanitario, a costa de que este nuevo sector sirva para alimentar la profesión (aun con la plétora médica creciente) y sus deseos de lucro por encima de otras profesiones.

En resumen, un análisis de la historia reciente de la profesión médica española nos señala que ésta ha dependido de dos momentos históricos peculiares: el absolutismo de Fernando VII, y el régimen autoritario de 1939 a 1975, que han imprimido un carácter, no superado todavía (aun bajo el gobierno socialista en 1983) en la estructura de los Colegios profesionales. Estos hechos han conformado una de las profesiones médicas más peculiares de occidente, con una política profesional propia.

## CAPÍTULO 11

### RECURSOS PÚBLICOS EN SANIDAD

En septiembre de 1978, el *Boletín Oficial del Estado* publicó un Real Decreto por el que se establecía la confección del *Mapa Sanitario del Territorio Nacional*. Se pensaba realizar a base de «mapas sanitarios» provinciales, que tenían que estar listos en un período máximo de seis meses. Cuatro años después todavía algunas provincias no habían terminado sus Mapas Sanitarios. Los que se han ido publicando suelen partir de dos hipótesis falsas: primera, que el sector (sanitario) privado va a colaborar voluntariamente con un plan propuesto; y segunda, que la división territorial en regiones sanitarias va a resolver la mayoría de los problemas sanitarios de cada provincia y reducir las desigualdades sanitarias. Todavía en el gobierno, y a veces incluso en la oposición, hasta octubre de 1982 se propugnaban modelos de *regionalización* realizados desde el centro y medicalizados. La participación comunitaria, tan esencial en los procesos de planificación, y sobre todo en los de regionalización, parecía estar ausente. El resultado eran los *Mapas Sanitarios provinciales* realizados por iniciativa del Ministerio de Sanidad. Todavía un amplio sector de técnicos en el sector sanitario considera que la regionalización sanitaria es la panacea de un sistema sanitario menos desigual. Es posible crear un sistema regionalizado que no disminuya las diferencias del nivel de salud (sociales, rurales-urbanas, sexo, edad), e incluso que las aumente. En algunos países los procesos de regionalización han servido para legitimar más al grupo en el poder, para cambiar los rótulos de las instituciones que ya existían, o crear organismos «fantasma» (que existen en el papel pero no en la realidad). En teoría una regionalización del sector sanitario potenciaría la gestión directa a nivel local. Sin embargo, la mayoría de los modelos de regionalización han sido centralistas; es decir, realizados desde Madrid (o

desde Barcelona en el caso catalán, por ejemplo), con poca participación real de las regiones a las que se refiere. Ha sido, pues, un modelo discutible y poco participatorio. En resumen, la regionalización *per se* no es la solución total de un sistema sanitario desorganizado e injusto, sobre todo si esta regionalización no cubre a toda la población del país, o si convive con un amplio sector sanitario privado (no-regionalizado). El tema de «la» regionalización fue patentado por el gobierno a finales de los años sesenta, y se concretó sobre todo en el tercero y cuarto Plan de Desarrollo Sanitario, y otros documentos oficiales posteriores. La izquierda prosiguió con el tema, definiendo modelos similares a veces a los del gobierno conservador. Existe además una experiencia prologada de realización de «mapas sanitarios», durante más de medio siglo, sin que la calidad haya aumentado.

#### ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

El sector más importante, y sin embargo el menos conocido, en la política sanitaria de las últimas décadas es la Seguridad Social. Ésta ha transformado el sector público y ha condicionado la estructura y supervivencia del sector privado. Sin embargo, el I.N.S.A.L.U.D no ha seguido un desarrollo racional, ni siquiera planificado, sino que ha cambiado conforme a impulsos internos del sector público, y como resultado de negociaciones y regateos del sector privado dispuesto a no perder sus privilegios. Como consecuencia la Seguridad Social se ha fragmentado sucesivamente, aunque conservando una centralización alta, convirtiéndose en una organización llena de problemas para los fines que se propone. Nuestra hipótesis central es que la estructura presente de la Seguridad Social depende de dos factores. Primero, el imparable crecimiento burocrático como consecuencia de aplicar un modelo privado al sector público, hasta el punto de que el I.N.S.A.-L.U.D. no ha servido para remediar las prioridades esenciales (maternidad, medicina ambulatoria, preventiva, mental) sino que se ha limitado a crecer fragmentándose. Segundo, el sector público ha servido fundamentalmente como una organización que protege los intereses de los grupos privados en el sector sanitario (médicos, industria farmacéutica, Iglesia, farmacéuticos, hospitales), sin efectuar un plan efectivo de prioridades para la población total. En su dinámica interna la Seguridad Social refleja la idea de una institución al servicio de los trabajadores (pero con el dinero de los trabajadores) que ha servido sobre todo para apoyo del Estado, de los profesionales dentro del sector sanitario, y de las empresas privadas. El I.N.P. (y luego el I.N.S.A.L.U.D.) se ha ido convirtiendo gradualmente en un organismo inmanejable, difícil de controlar, y sin una responsabilidad pública clara.

El sistema de aseguramiento a la Seguridad Social es obligatorio, a través de las cuotas pagadas por los trabajadores asegurados, y protegiéndose así a los trabajadores, pensionistas, y sus familias respectivas. Los porcentajes aproximados son: 30 por 100 de trabajadores, 10 por 100 de pensionistas y 60 por 100 de familiares. Es importante resaltar que, en general, *la población no incluida en la Seguridad Social es precisamente la que más necesita de la asistencia sanitaria*: algunos parados, ancianos, ilegítimos, población rural, minorías étnicas, madres solteras, inmigrantes ilegales, enfermos mentales, pacientes crónicos, etc. Todavía los trabajadores por cuenta propia y los estudiantes no mantienen los mismos privilegios dentro de la Seguridad Social. Otros grupos carecen de asistencia sanitaria, como son los escritores de libros o los representantes de comercio. Los trabajadores por cuenta propia no pudieron afiliarse hasta 1962, y sólo con una reducida indemnización en caso de intervención quirúrgica en el caso de los sectores urbanos. La población más desprotegida de todas fue la de los jornaleros (seguramente la que más necesitaba la ayuda) que no recibieron asistencia sanitaria hasta 1962, y que todavía no tienen un seguro de paro completo. Los agricultores (propietarios) no tuvieron derecho a la asistencia sanitaria parcial hasta 1969; entre 1969 y 1975 obtuvieron el derecho a la hospitalización y asistencia a la maternidad. Desde 1975 tienen los mismos derechos que el resto de la población protegida, pero abonan el 50 por 100 del precio de los medicamentos. En resumen, que el S.O.E. mantuvo excluidos durante años grupos importantes de población, y que aún todavía la Seguridad Social excluye a la población que más necesita de la asistencia sanitaria pública. El coste de la Seguridad Social, y por lo tanto de la asistencia sanitaria del I.N.-S.A.L.U.D., corre todavía a cargo de los trabajadores (y sus empleadores) conforme a escalas de contribución regresiva, aunque protege ya a la mayoría de la población (el 83 por 100 en 1980). Este sistema no sólo *no* sirve como un modelo de redistribución de riqueza, sino que beneficia en mayor medida a las personas no activas, y a las clases más acomodadas. Quien paga más relativamente son los trabajadores con salarios más bajos; estos pagan a través de cuotas, o indirectamente a través de las cuotas de los empresarios que repercuten en los bienes de consumo o en los salarios de los trabajadores. En cualquiera de los casos el sistema es regresivo, esto es, su coste es relativamente mayor cuanto menor es el nivel económico de la población.

En una primera etapa el S.O.E. se dirigió exclusivamente a los peones y obreros no especializados, como eufemísticamente señalaba la ley: a los «productores económicamente débiles» (seguramente también «físicamente débiles» dado el nivel de salarios de los años cuarenta y cincuenta). La hospitalización se limitaba a tres meses para los obreros, y la mitad para sus familiares; y la asistencia farmacéutica

quedaba restringida a una lista especial de medicamentos (conocida técnicamente con el nombre de «petitorio»). Era un sistema de atención médica limitado y falto de calidad. La reorganización de 1972 amplió la Seguridad Social a casi todos los trabajadores, elevando el porcentaje de población activa protegida al 74 por 100 y el de población total protegida al 80 por 100. En 1974, por ejemplo, el *Libro Rosa* calculaba que el 80 por 100 de los españoles estaban asegurados por la Seguridad Social; un 6 por 100 adicional recibía asistencia sanitaria a través de otros organismos públicos (generalmente los de Beneficencia), y al 14 por 100 restante no le quedaba más remedio que acudir al sector privado. Sin embargo, aproximadamente el 20 por 100 de la población mantenía algún seguro privado de enfermedad. Aproximadamente el 9 por 100 de la población protegida por la Seguridad Social tenía un seguro doble (público y privado) recibiendo una asistencia única. Alrededor de un millón de habitantes (el 2,8 por 100 de la población) no tenía ningún seguro, ni privado ni público. Parece que la población protegida por la Seguridad Social se ha estabilizado recientemente al nivel del 80-85 por 100 de la población, e incluso parece que se nota últimamente un ligero retroceso:

Años	Porcentaje de población protegida por la Seguridad Social
1971.....	80,51
1975.....	84,48
1976.....	83,99
1980.....	83,47

Estas oscilaciones pueden deberse también al índice de parados en el país.

A finales de 1981 se llegó a un sistema sanitario de la Seguridad Social que cubría a 10,5 millones de trabajadores en toda España. Hay que distinguir entre «afiliado» a la Seguridad Social, es decir el trabajador con cartilla del I.N.S.A.L.U.D., y los familiares a cargo del afiliado —que generalmente se denominan «beneficiarios»—. El total de afiliados más beneficiarios son los realmente «asegurados» por la Seguridad Social. Como en cada cartilla de la Seguridad Social además del *afiliado* hay de media 1,6 *beneficiarios*, el sistema alcanza a 31,7 millones de personas incluyendo 4,1 millones de pensionistas. Esto supone que sólo el 16 por 100 de la población española no está cubierta por el sistema de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En 1980 la asistencia sanitaria organizada por la Seguridad Social se convirtió seguramente en la primera industria del país, como una gigantesca mutualidad con 14,3 millones de *afiliados* (más sus familias

como beneficiarios), gestionando un total de 1.415 instituciones, algunas de ellas verdaderas fábricas, como el hospital «Francisco Franco» de Barcelona con 2.308 camas. En total el I.N.S.A.L.U.D. mantiene aproximadamente 54.000 camas hospitalarias, que permitieron asistir a 1,4 millones de pacientes, y realizar 14,5 millones de días de estancias (con una media de 10 días de estancia por paciente, y ocupando los hospitales al 76 por 100 de su capacidad). En el sector de instituciones abiertas (ambulatorios y similares) se realizaron 101 millones de consultas de medicina-general, 67 millones de consultas-especializadas, 104 millones de análisis, y 13 millones de radiografías (actos radiológicos). Si se suman las *consultas externas* de los hospitales, en que también se ven pacientes ambulatorios, tenemos las siguientes cifras aproximadas:

Tipo de exámenes	Millones de pacientes vistos en la Seguridad Social en 1980		
	Instituciones abiertas	Consultas externas de hospitales	Total
Consultas de medicina general .....	100,9	—	100,9
Consultas de especialidades .....	66,7	7,3	74,0
Radiología .....	13,2	6,2	19,4
Análisis .....	104,1	45,0	149,1
Totales .....	284,9	58,5	343,4

La cifra final es considerable: 343 millones de visitas ambulatorias al año, lo que supone aproximadamente *9 visitas por cada habitante al año*. Sólo de personal fijo en sus instituciones sanitarias la Seguridad Social contrata a más de 142.000 personas, lo que le permite tener en sus *hospitales* a 2,6 personas trabajando por cada cama, y en sus *ambulatorios* el ver a 19 pacientes de medicina-general por hora. En 1980, la Seguridad Social gastó en hospitales y ambulatorios propios la nada despreciable cantidad de 214.521 millones de pesetas, con un incremento del 22 por 100 respecto del año anterior. El 82 por 100 de esta cantidad fue a parar a los hospitales, y el 14 por 100 a las instituciones abiertas (ambulatorios principalmente). Dentro de los hospitales un 10 por 100 de su presupuesto se gasta en consultas externas (y ocupa el 9,2 por 100 de su personal). Un día de estancia en un hospital de la Seguridad Social cuesta aproximadamente 11.364 pesetas (por supuesto, los hospitales más especializados son más caros); de ellas, 699 pesetas van a parar a los programas docentes y de investigación (es decir, aproximadamente el 6 por 100). El coste incluido de la comida no supone más que 196 pesetas por paciente y día (el 1,7 por 100 del

coste total diario). El coste medio por paciente ingresado varía pues según el tipo de hospitales:

Tipo de hospitales de la Seguridad Social	Coste medio (en pesetas) en 1980	
	Por día de estancia	Por paciente ingresado
Centros Especiales .....	14.087	209.062
Ciudades Sanitarias .....	12.327	118.784
Residencias Sanitarias .....	10.226	89.879

Por supuesto, que estas diferencias dependen también de la importancia (más bien de la gravedad) del paciente, pero sugiere que los hospitales mantienen un *ranking* similar a los hoteles: los Centros Especiales con «cinco estrellas», las Ciudades Sanitarias con «cuatro estrellas», las Residencias Sanitarias de «tres estrellas», y los Hospitales Concertados pensamos que con «dos estrellas».

#### EQUIPAMIENTO Y PERSONAL.

Los Centros Especiales son sólo cinco hospitales en España; tres de ellos en Madrid, uno en Toledo, y el otro en Santander (es decir, con el 60 por 100 de las camas en Madrid). En total tienen 3.657 camas; y no están ocupados más que al 57 por 100 de su capacidad, lo que los hace poco eficientes, y muy caros. Las *Ciudades Sanitarias* son 14, incluyendo en realidad 45 hospitales (generales, maternas, infantiles, y de traumatología), con un total de 20.806 camas. Finalmente hay además 118 *Residencias Sanitarias* por toda la geografía española, con 27.945 camas, ocupadas al 72 por 100. Hay por lo menos seis tipos de *instituciones abiertas*: Centros de Diagnóstico y Tratamiento, ambulatorios, consultorios, dispensarios, y servicios de urgencia. Los *ambulatorios* concentran el 68 por 100 del presupuesto, habiendo en total 471 centros de este tipo. Las instituciones abiertas gastan su presupuesto fundamentalmente en personal (el 76 por 100 del gasto), pues hay unas 28.151 personas trabajando en ese sector, es decir, la quinta parte de todo el personal sanitario de la Seguridad Social. En la tabla 10.1 se presenta un resumen del funcionamiento de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el año 1980 en los 1.336 centros sanitarios propios. En cuanto a las consultas, en general se observa la rapidez con que los médicos españoles diagnostican a sus pacientes: de media 3 minutos y 10 segundos. Poco más es una visita de radiología, y más del doble las *consultas de especialistas*. De estas últimas hay claramente dos tipos: las que se realizan en ambulatorios y consultorios, que son rapidísimas (6 y 4 minutos), y las que se llevan a cabo en las *consultas ex-*

TABLA 11.1

Funcionamiento de las instituciones sanitarias (propias) de la Seguridad Social en el año 1980

Funcionamiento	Total de España (media)	Hospitales			Instituciones abiertas (a)		
		Centros Especiales	Ciudades Sanitarias	Residencias Sanitarias	Centros de Diagnóstico y Tratamiento	Ambulatorios	Consultorios
Número de centros .....	1.336 (a)	5	14	118	4	471	487
Personal .....	142.488	9.175	56.617	53.545	938	18.780	4.701
<i>Tiempo (en minutos y segundos):</i>							
Consulta de medicina general .....	3'10"	—	—	—	3'17"	3'04"	3'15"
Consulta de especialidades .....	8'41"	35'39"	26'03"	31'20"	41'44"	6'33"	4'35"
Radiología .....	3'52"	4'05"	8'51"	3'59"	11'29"	2'30"	—
Análisis .....	0'32"	0'33"	1'05"	0'39"	2'22"	0'22"	—
<i>Coste (en pesetas de 1980):</i>							
Estancia hospitalaria .....	11.364	14.087	12.327	10.226	—	—	—
Consulta de medicina general .....	84	—	—	—	189	90	77
Consulta de especialidades .....	344	1.949	1.864	1.503	1.990	193	112
Radiología .....	300	999	544	322	898	182	—
Análisis .....	40	81	94	47	175	22	—

Fuente: Instituto Nacional de la Salud, *Información económico-funcional de las instituciones sanitarias: Año 1980* (Madrid, INSALUD, 1981), págs. 4 y 527.

NOTAS: (a) El total incluye además servicios de urgencia (173), Servicios Especiales de Urgencia (16), y Dispensarios de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (48). No incluidos aquí, pero también dependientes de la Seguridad Social, hay las Escuelas Sanitarias (65), y las Instituciones concertadas en régimen de financiación y administración por el INSALUD (14).

*ternas* de los hospitales o en los centros de diagnóstico y tratamiento que duran alrededor de media hora. La radiología y análisis de laboratorio dependen también de la supuesta gravedad del paciente o importancia de la enfermedad. Según el tiempo así el coste. Una consulta de medicina-general cuesta 84 pesetas de media, pero es sólo 77 pesetas si se realiza en un consultorio y 198 pesetas si se lleva a cabo en un centro de diagnóstico y tratamiento (C.D.T.). Las consultas de especialidades varían aún más: desde 113 pesetas en un consultorio hasta casi dos mil pesetas en los C.D.T. o en los hospitales especiales. Las diferencias que se observan referentes al coste de radiología y de análisis de laboratorio son menos justificables. En resumen, estamos ante un sistema sanitario enormemente grande y complicado, con centros de diversos tipos, divididos por funciones y jerarquías, con una atención ambulatoria rápida y no cara, pero con grandes diferencias de coste según los centros. No parece que haya una coordinación de servicios, ni instituciones, ni personal. Tampoco existe una planificación general. El sector hospitalario es grande, y crece despacio en cuanto al número de camas (2,2 por 100 anual) y rápido en cuanto a los recursos gastados (22 por 100 anual). El sector ambulatorial es pequeño (menos del 14 por 100 del presupuesto total), de mala calidad, y baja dedicación, aun cuando el incremento anual de gasto es sólo un poco menor al del sector hospitalario (es el 21 por 100 anual).

En total para las instituciones sanitarias del I.N.S.A.L.U.D. trabajaban, en 1980, 142.488 personas. Éstas se distribuían aproximadamente en un 73 por 100 para *hospitalización* y un 27 por 100 para *consultas externas*. A su vez dentro de las consultas externas 10.475 trabajaban en los hospitales (el 27 por 100) y 28.151 en los ambulatorios, consulto-

TABLA 11.2  
*Personal de las instituciones abiertas de la Seguridad Social en 1980*

Tipos de personal	Centros de Diagnóstico y Tratamiento		Ambulatorios		Consultorios		Total	
	Personal	Porcentaje	Personal	Porcentaje	Personal	Porcentaje	Personal	Porcentaje
Médicos Generales . . .	22	2,3	4.251	22,6	4.336	92,2	8.609	35,3
Médicos Especialistas. .	259	27,6	9.724	51,8	1.417	30,1	11.400	46,7
Radiólogos . . . . .	30	3,2	720	3,8	—	—	750	3,1
Analistas . . . . .	30	3,2	808	4,3	—	—	838	3,4
Otro personal . . . . .	597	63,6	3.277	17,4	... (a)	...	2.822	11,6
<b>Total del personal de servicio. . . . .</b>	<b>938</b>	<b>100,0</b>	<b>18.780</b>	<b>100,0</b>	<b>4.701</b>	<b>100,0</b>	<b>24.419</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Instituto Nacional de la Salud, *Información económico-funcional de las instituciones sanitarias. Año 1980* (Madrid, INSALUD, 1981), pág. 507.

NOTAS: (a) Los datos oficiales no cuadran. El total de 4.701 se refiere al personal propio. En «otro personal», si el resto es propio habrían *menos* 1.052 personas.

rios, y otras instituciones abiertas (el 73 por 100 del personal de consultas externas). En estas instituciones abiertas, la mayoría del personal se concentraba en los tres tipos principales de centros: C.D.T., ambulatorios, y consultorios. Estos tres ocupaban al 87 por 100 del personal de consultas externas en instituciones abiertas. En la tabla 10.2 se puede ver la distribución de ese personal, que en general son médicos: 47 por 100 de médicos especialistas, 35 por 100 de médicos generales, 3 por 100 de radiólogos, y 3 por 100 de analistas. Lógicamente los médicos generales son más numerosos en los centros menos especializados (92 por 100 en los consultorios), una quinta parte en los ambulatorios (23 por 100), y sólo un 2 por 100 en el caso de los C.D.T. Es importante observar que los especialistas son mayoría (el 52 por 100) en los ambulatorios. En total y sólo en estos tres tipos de centros abiertos trabajan el 25 por 100 de los médicos del país. Sin embargo, tanto los médicos generales como los especialistas resultan relativamente más baratos:

	Instituciones abiertas del INSALUD en 1980	
	Porcentajes	
	Coste	Personal
Medicina-general.....	38,3	39,9
Medicina-especialidades.....	44,2	52,8
Radiología.....	8,9	3,5
Análisis.....	8,7	3,9
Totales.....	100,0 (28.856 millones de pesetas)	100,0 (21.597)

Lo más caro es Radiología y Análisis; en especial el coste de Radiología se ha disparado (un incremento del 37 por 100 entre 1979 y 1980) debido en parte a que todos los servicios y consultas han aumentado de número a excepción de los actos radiológicos que disminuyen de 13,7 a 13,2 millones de 1979 a 1980. El personal permanece a pesar del descenso de 551.290 actos radiológicos.

Los 14 grandes centros hospitalarios de la Seguridad Social (llamados «ciudades sanitarias»), fueron creados todos en zonas urbanas donde ya había una Facultad de Medicina, es decir, ciudades con un exceso relativo de servicios médicos, y con una clara abundancia de médicos. En la tabla 10.3 se puede observar algunos de los indicadores básicos del funcionamiento de todos los hospitales del I.N.S.A.L.U.D. referentes al año 1980. Los *Centros Especiales* cumplen (supuestamente) una labor asistencial para toda España, pero atienden prioritariamente

riamente a la población de Madrid-provincia, y sobre todo a la de la capital donde están ubicados los tres centros que ocupan 2.213 camas (es decir, el 60 por 100 de las camas de este tipo). Los hospitales nacionales están de media poco ocupados, sólo el 57 por 100 de su capacidad. En Madrid el *Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas* apenas llega a una ocupación del 35 por 100, lo que es un nivel bajísimo; bien es verdad que tiene una estancia media de 6 días solamente (frente a los 16 días de media de los Centros Especiales). Como se sabe, estos hospitales nacionales son muy caros, superando las 14.000 pesetas-de-1980 por día y camas. El *Ramón y Cajal* (conocido como el «Pirámídon») es uno de los hospitales más caros de España con un coste aproximado de 14.257 pesetas por estancia, a lo que hay que añadir que la estancia media de un paciente es de 22 días, muy superior a los 10 días de las Ciudades Sanitarias, o los 9 días de las Residencias Sanitarias. Hay que tener en cuenta a su favor que los hospitales nacionales dedican una cantidad más alta de lo normal (el 8,1 por 100) a investigación y docencia. Además estos hospitales dedican un esfuerzo especial a consultas externas (es decir, consultas de especialidades, radiología, y análisis), muy superior al resto de los hospitales del I.N.S.A.L.U.D. Sin embargo, salvo el hospital *Puerta de Hierro* los otros hospitales nacionales realizan menos consultas externas que la media. En resumen, los Centros Especiales aparecen muy concentrados en Madrid (exclusivamente en la capital), con un buen equipamiento de recursos y personal, consiguiendo costes muy altos, a niveles de ocupación y eficiencia

TABLA 11.3  
*Funcionamiento de los hospitales del INSALUD en España, en 1980*

Funcionamiento	Tipos de hospitales en 1980				
	Total del INSALUD (a)	Centros Especiales	Ciudades Sanitarias	Residencias Sanitarias	Concertados en R.F.A. (b)
Camas en servicio .....	52.408	3.657	20.806	27.945	9.828
Personal por cama (c) .....	2,6	2,9	2,8	2,5	2,7
Porcentaje de ocupación .....	74	57	79	72	71
Estancia media (en días) .....	10	16	10	9	14
Coste por estancia, en pesetas (d) .....	11.364	14.087	12.327	10.226	10.159
Porcentaje de investigación y docencia en el coste .....	6,2	8,1	7,3	4,7	6,6 (e)
Consultas externas por cama (f):					
Especialidades .....	159	185	185	136	...
Radiología .....	118	227	150	80	...
Análisis .....	855	1.954	1.065	554	...

Fuente: Instituto Nacional de la Salud, *Información económico-funcional de las instituciones sanitarias: Año 1980* (Madrid, INSALUD, 1981), págs. 19-199.

NOTAS: (a) No incluye los concertados en R.F.A. (b) Instituciones Concertadas en Régimen de Financiación y Administración por el INSALUD (c) Índice de personal de hospitalización por cama ocupada. (d) Incluye docencia e investigación. (e) Incluye únicamente los gastos de docencia. (f) Al año (es decir, en 1980).

comparativamente bajos. Las diferencias entre ellos a nivel de asistencia sanitaria —sobre todo ambulatorial— son tan altas que requieren un estudio exhaustivo.

Hasta diciembre de 1982 el Ministerio de Sanidad y Consumo afirmaba que la prioridad básica era poner en funcionamiento una red nacional de A.P.S. (Atención Primaria de Salud), y crear así centros de-salud en todas las regiones. Eso es parte de la política recomendada por la Organización Mundial de la Salud que consiste en gastar el 70 por 100 del presupuesto sanitario en A.P.S. Sin embargo, la realidad iba por otros derroteros. Los hospitales representaban aproximadamente el 50 por 100 del presupuesto del I.N.S.A.L.U.D., y el 80 por 100 de sus inversiones. Con esas cifras la situación no sólo no cambiaba, sino que evidentemente empeoraba. El coste de las *instituciones abiertas* del I.N.S.A.L.U.D. ascendió en 1980 a 29.339 millones de pesetas, es decir, el 13,7 por 100 del total; lo que es bajo en relación a la posibilidad de crear una adecuada red de A.P.S. en el país. El presupuesto se desglosa de la siguiente forma:

Instituciones abiertas del INSALUD	Porcentaje de gastos en 1980
Centros de Diagnóstico y Tratamiento . . . . .	4,4
Ambulatorios . . . . .	68,4
Consultorios . . . . .	17,0
Servicios Especiales de Urgencia . . . . .	6,5
Servicios de Urgencia . . . . .	2,3
Dispensarios de Accidentes de Trabajo . . . . .	1,1
Otros gastos . . . . .	0,3
Totales . . . . .	100,0 (29.339 millones de pesetas)

El tema es complicado, pues no hay dos sistemas separados: *hospitales* y *ambulatorios* (instituciones «abiertas» en general), sino tres: hospitalizaciones, consultas externas en hospitales, y consultas externas en instituciones abiertas. La distribución del gasto sanitario de la Seguridad Social, en 1980, es la que se relaciona en el cuadro que encabeza la página siguiente.

La parte del león se la llevan las hospitalizaciones (el 71 por 100 del presupuesto), un poco más de la quinta parte las consultas externas (el 22 por 100), menos de un 5 por 100 la docencia e investigación, y un 2 por 100 las prestaciones a terceros. De los cerca de 50.000 millones de pesetas que se gastan al año en España en consultas externas, el 40 por 100 se gastan en los hospitales, y el 60 por 100 restante en instituciones abiertas.

Gastos en	Gasto sanitario del INSALUD en 1980	
	Millones de pesetas	Porcentaje
Hospitalización .....	152.012	70,8
Consultas externas .....	47.993	22,4
Docencia e investigación .....	10.242	4,8
Prestaciones a terceros .....	4.274	2,0
Totales .....	214.521	100,0

#### PRESUPUESTO E INVERSIONES.

El presupuesto del I.N.S.A.L.U.D. para 1982 ascendió a 718.133 millones de pesetas; alrededor de 20.000 pesetas por español (y española) al año, o lo que es lo mismo la tercera parte de los 2,3 billones de pesetas del presupuesto de la Seguridad Social. El presupuesto del I.N.S.A.L.U.D. para 1982 supuso un incremento mínimo de recursos en atención primaria de salud respecto al año anterior (sólo del 12 por 100) y sin embargo un aumento de casi el doble (23 por 100) en hospitales (véase para más detalle la tabla 11.4). El presupuesto dedicado a medicina preventiva (a pesar del envenenamiento del aceite de colza) es pequeñísimo, siendo apenas el 0,1 por 100 del total. Para toda la política de sustitución del sistema actual de *ambulatorios* por una red articulada de *centros-de-salud* el presupuesto sólo reserva 11.310 millones de pesetas, es decir, el 17 por 100 del presupuesto de inversiones, mientras que el 80 por 100 del dinero lo dedica a hospitales. Se ha acusado al I.N.S.A.L.U.D. de que en los últimos años *no* se ha dedicado a invertir, y que el sistema sanitario público se está deteriorando. El presupuesto de *inversiones* para 1982 supone sólo un 9,2 por 100 del total, cuando ya el año anterior los gastos alcanzaron el 8,8 por 100 y se quedaron cortos. El presupuesto supone una reprivatización del sector público a través de contratos con el sector privado. Estos polémicos «conciertos» representan un 18 por 100 del presupuesto (el doble que las inversiones) y se incrementan en el último año en un 11 por 100. En varios servicios la política de inversiones supone una fuerte disminución de recursos respecto de 1981, concentrándose las inversiones en los hospitales. Esta política de inversiones va a suponer un estancamiento de la atención primaria de salud, y a la larga una debilitación del I.N.S.A.L.U.D. con un deterioro relativo del sector público, así como el lógico desarrollo de un sector privado con peor calidad de asistencia para la población asegurada. (En la tabla 11.5 se detalla el presupuesto para 1982). No existe en el presupuesto una planificación de recursos por provincias por lo que no es fácil sacar conclusiones, y con lo

TABLA 11.4  
Evolución del presupuesto del INSALUD  
(En millones de pesetas corrientes)

INSALUD	Año 1980 (Presupuesto gastado)	Año 1981 (Presupuesto inicial)	Año 1982			
			Proyecto de presupuesto	Porcentajes		
				Del total	Incremento respecto a 1981	Incremento respecto a 1980
Asistencia primaria (a)	109.599	120.750	134.980	18,8	12	23
Farmacia . . . . .	102.439	111.195	131.538	18,3	18	28
Hospitales . . . . .	202.530	232.575	286.520	39,9	23	42
Conciertos . . . . .	116.246	116.652	129.822	18,1	11	12
Medicina preventiva . .	748 (b)	509	715	0,1	40	...
Docencia . . . . .	9.581	11.021	12.007	1,7	9	25
Investigación . . . . .	862	1.954	2.165	0,3	11	51
Administración . . . . .	95.627 (c)	10.745	20.386	2,8	90	...
Totales . . . . .	(d)	605.401	718.133	100,0	19	...

Fuentes: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Información estadística sobre el desarrollo de la ejecución del presupuesto de la Seguridad Social hasta el 31 de diciembre de 1980* (Madrid, M.S.S.S., 1981), págs. 12-28. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Presupuestos de la Seguridad Social: Año 1981. Entidad: Instituto Nacional de la Salud* (Madrid, M.S.S.S., 1981), págs. 9-23. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, *Proyecto de presupuesto del INSALUD para 1982* (Madrid, M.T.S.S.S., 1981), págs. 24-44.

NOTAS: (a) Incluye «Asistencia con medios propios a domicilio» excluyendo farmacia, y «Asistencia sanitaria con medios propios en instituciones abiertas» (ambulatorios). (b) Incluye toda la «Medicina preventiva» de la Seguridad Social, y no sólo la del INSALUD, sin incluir «Higiene y seguridad en el trabajo». (c) Incluye la «Administración general» de toda la Seguridad Social. (d) El total específico del INSALUD no puede calcularse con estos datos debido a (b) y (c).

que no están disminuyendo las enormes diferencias sanitarias a nivel regional que existen en España. La creación de hospitales o ambulatorios (pues todavía se construyen ambulatorios, a pesar de considerarse ya obsoletos) se realizaba hasta diciembre de 1982 conforme a decisiones personalistas, autoritarias, o como respuesta a presiones concretas. Si se analiza el informe *Resumen de anexos de inversiones previstas para 1982, por provincias y programas o subprogramas* se observa que Madrid se lleva la parte principal de los recursos, y que Cataluña, País Vasco, y Galicia, reciben una atención mínima.

Los *conciertos* suponen todavía la quinta parte de los recursos del I.N.S.A.L.U.D. (el 18 por 100) y los gastos de *farmacia* una cantidad similar. Respecto de 1981 el presupuesto incluye un 11 por 100 de incremento en *conciertos* y un 18 por 100 en *farmacia*. Todo esto supone un claro desarrollo de la política pública de pagos al sector privado, por encima del 9 por 100 de gastos dedicados a inversiones propias. Aparte, el detalle de los 129.317 millones de pesetas dedicados a *conciertos*, o los 131.538 a *farmacia* no aparecen apenas en el presupuesto. Las diferencias son extrañas: en *conciertos hospitalarios* se desarrollan mucho los realizados con entes territoriales (un incremento del 29 por 100 respecto de 1981) y sin embargo un desarrollo muy pequeño con el Estado (el 5 por 100 de incremento). En los ambulatorios los con-

TABLA 11.4  
 Distribución del presupuesto del INSALUD para 1982  
 (En porcentajes por cada servicio)

Servicios	Gastos					Total (En millones de pesetas)
	Personal	Funcionamiento (a)	Transferencias	Inversiones	Otros	
Asistencia primaria (b)	84	5,2	1,6	8,4	0,7	100 (134.981)
Farmacia .....	—	—	100,0	—	—	100 (131.538)
Hospitales .....	61	17,0	1,0	19,0	2,1	100 (286.520)
Conciertos .....	(c)	99,0	0,2	0,4	—	100 (129.821)
Medicina preventiva ..	27	51,0	—	21,0	1,0	100 (715)
Docencia .....	97	2,3	—	0,2	0,2	100 (12.007)
Investigación .....	24	73,0	—	1,2	1,9	100 (2.165)
Administración .....	65	8,9	*	5,4	21,0	100 (20.386)
Totales .....	44	26,0	19,0	9,2	1,6	100 (718.133)

Fuentes: Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, *Proyecto de presupuestos del INSALUD para 1982* (Madrid, M.T.S.S.S., 1981), págs. 24-44.

NOTAS: (a) Incluye «compra de bienes corrientes y servicios». (b) Incluye la asistencia con medios propios «a domicilio» (excluyendo farmacia) y «en instituciones abiertas» (ambulatorios). (c) En la «asistencia sanitaria con medios ajenos» no se especifican los gastos.

ciertos con el Estado se incrementan en un 21 por 100, y con el sector privado en un 15 por 100, mientras que los conciertos con entes territoriales (muchos de ellos municipios en manos socialistas y comunistas) *disminuyen* el presupuesto en un 7 por 100. Con esta política en 1982 el sector privado va ya a quedarse con el 53 por 100 de todos los conciertos de los hospitales, y el 76 por 100 de ambulatorios. La asistencia directa a la población (concertada, se entiende) sólo se incrementa en un 6,6 por 100, y las inversiones reales *disminuyen* a menos de la mitad (al 43 por 100 de 1981). La partida que más aumenta es farmacia, con un 18,3 por 100 de incremento lineal sobre el año anterior. También la política de retribuciones del personal es la contraria de la que debiera ser. El personal supone un 44 por 100 del presupuesto. Sin embargo, cada año disminuye la proporción de las «retribuciones básicas» y aumentan las «retribuciones complementarias», y es cada vez más numeroso el personal eventual. Así, de los 233.533 millones de pesetas que va a costar el personal del I.N.S.A.L.U.D. en 1982, el 42 por 100 se refiere a *retribuciones complementarias*. En el personal de ambulatorios supone el 38 por 100 del salario; en hospitales el 48 por 100; y en la administración general del I.N.S.A.L.U.D. supera ya el 54 por 100 del sueldo. Esta política lesiona los intereses del personal, y es poco útil para el propio Ministerio de Sanidad.

El presupuesto del I.N.S.A.L.U.D. de 1982 pretende hacer creer que se ha realizado por el sistema moderno de *programas* (es decir, partiendo de las necesidades reales de las personas y las instituciones) y no por *servicios* (incrementando el presupuesto del año anterior en un

porcentaje fijo). Sin embargo, es un presupuesto que parece más bien resultar de presiones concretas (como la industria farmacéutica o los hospitales privados), o soluciones particularistas. Nunca se especifican los objetivos ni la planificación que se utiliza. Lo que se deduce de los datos es que hasta finales de 1982 el del I.N.S.A.L.U.D. es un presupuesto que tiende a la privatización del sector sanitario público, a la degradación de la asistencia primaria, y que facilita —debido a su inespecificidad— la falta de control, y el déficit más alto (se calcula que rebasará el 16 por 100 al cierre del presupuesto de 1982). La verdad es que el sistema de un presupuesto tan cuantioso (se acerca ya al billón de pesetas) que supone que lo que menos aumenta es la atención primaria de salud, lo que más el gasto farmacéutico y los conciertos, y que mantiene una política de personal y de distribución regional y provincial de recursos desequilibrada es seguramente la peor combinación imaginada nunca.

En números redondos, el I.N.S.A.L.U.D. invierte anualmente 43.000 millones de pesetas, lo que supone aproximadamente 1.130 pesetas por habitante de las 19.075, que cuenta esa sanidad pública. Tan sólo un modesto 18 por 100 se dedica a los centros sanitarios abiertos. Con 203 pesetas por habitante y año no es posible crear una red nueva de A.P.S. por todo el país; sobre todo si al mismo tiempo se invierten 872 pesetas por habitante en crear y desarrollar hospitales. Además la mayor parte de los dineros dedicados a A.P.S. se dirigen todavía a los sistemas ya superados: ambulatorios y consultorios. En centros-de-salud sólo se gastan 287 millones de pesetas, lo que representa menos del 1 por 100 del presupuesto gastado en inversiones. Sólo se crean centros-de-salud en 11 (de las 50) provincias. Hay incluso provincias donde en todo el año de 1981 el I.N.S.A.L.U.D. no ha invertido nada en centros sanitarios abiertos, y todo el dinero ha ido a los hospitales: Álava, Guadalajara, Orense, Palencia, Salamanca y Segovia. Curiosamente corresponden con zonas donde la red de A.P.S. es deficiente.

Las inversiones económicas del Instituto Nacional de la Salud (I.N.S.A.L.U.D.) son seguramente el factor fundamental para impulsar una política sanitaria en el país. Las necesidades en inversiones en salud son impresionantes, y los recursos económicos limitados. A pesar de ello los presupuestos aprobados no llegan luego a gastarse, según el documento del I.N.S.A.L.U.D.: *Información sobre el presupuesto de inversiones para 1981 referida al 28 de diciembre de 1981*. Como señala el informe, el día de los Santos Inocentes de 1981 sólo se habían gastado 28.971 de los 42.675 millones presupuestados; es decir, el 71 por 100. Todo ello supone un gasto por persona pequeño: 768 pesetas por habitante y año, «ahorrándose» 11.574 millones de pesetas en un sector tan necesario como el sanitario. Algunas partidas eran

escasas, como la de «investigación y docencia» con apenas el 0,1 por 100 del presupuesto total, y con extrañas distribuciones regionales (Huelva concentra el 38 por 100 del presupuesto de docencia, y Valencia el 37 por 100 del de investigación). La distribución geográfica de los recursos de inversión no se realiza en relación a la población, y menos aún a las necesidades de esas personas. Si se calcula el gasto en inversiones, por la población (supuestamente) protegida, se observan unas curiosas diferencias, que señalan una mala distribución regional de recursos. Entre las provincias con una mayor inversión presupuestada en 1981 estaban tres de las cinco provincias españolas con una mayor tasa de camas, y sólo una de ellas (Lérida) necesitaba realmente una inversión superior a la media nacional. Al contrario, en las (ocho) provincias con menores inversiones presupuestadas, todas tenían una situación hospitalaria por debajo de la media, y dos (Soria y Pontevedra) mantenían un nivel sanitario deficiente. No es sólo que las diferencias provinciales sean grandes y erráticas, sino que incluso son las opuestas a las necesidades reales de la población. A Soria se le adjudicaba en 1981 un presupuesto de inversiones de 3 pesetas por habitante, mientras que en Guadalajara eran 5.077 pesetas. El I.N.S.A.L.U.D. no sólo invierte recursos en el sector público, sino que además dedica el 3,2 por 100 de sus inversiones a la «asistencia sanitaria con medios ajenos». Esos casi mil millones de pesetas van en su totalidad a Madrid-capital, representando así el 24 por 100 de su presupuesto provincial total. A la hora de la verdad las inversiones se reparten algo mejor que el presupuesto previsto; y es que la realidad se venga de los propios planificadores. Las diferencias entre provincias ya no son tan extremas: de las 1.425 veces del presupuesto a las 37 veces (entre las 133 pesetas de Málaga y las 4.927 de Guadalajara). Sin embargo el gasto real está todavía mal distribuido. Guadalajara, que es la provincia que concentra más recursos, gasta todo su dinero en hospitales, a pesar de ser desde hace unos años la provincia española con un equipamiento hospitalario mayor. Termina además consumiendo un 15 por 100 más de las inversiones presupuestadas. En cada una de las siete provincias donde se invierten más recursos se observa que más del 96 por 100 del dinero se utiliza en hospitales, a pesar de que cuatro de ellos mantienen un nivel hospitalario superior a la media nacional. Paradójicamente, entre las provincias que invierten menos dinero se dedica una cantidad menor a hospitales. A pesar de las carencias del sector sanitario público en Barcelona, esta provincia gasta en 1981 menos de la mitad de dinero que Madrid (el 49 por 100), y casi todo en hospitales (el 92 por 100). Se podría argumentar que eso sucede por falta de presupuesto, pero el caso es que Barcelona sólo llega a gastar el 67 por 100 de los recursos para inversiones en 1981. La realidad, pues, no mejora la planificación en todos los casos.

Los 44.000 millones que el I.N.S.A.L.U.D. tenía previsto para inversiones en 1982 parece que podían solucionar algunos problemas. En número globales las inversiones en centros sanitarios abiertos se incrementan en un 56 por 100 respecto del presupuesto del año anterior, mientras que los hospitales disminuyen en un 5 por 100, y los centros administrativos en un 66 por 100. Esto supone que en centros sanitarios abiertos se pasa del 18 por 100 al 27 por 100 de las inversiones totales. En Cataluña esta proporción llega al 42 por 100 y en Madrid al 46 por 100. Sin embargo, la distribución regional no se puede todavía evaluar, pues más del 23 por 100 del presupuesto total inicial corresponde al cajón de sastre de «inversiones en varias provincias». Incluso hay una provincia (de nuevo, Soria) donde no se planea invertir ni una peseta en todo el año. La distribución geográfica de los recursos en 1982 sigue siendo igual de extraña. En 1981, por ejemplo, el presupuesto de Madrid era prácticamente igual al de todo Cataluña, lo que suponía una inversión *per cápita* de más del 29 por 100 a favor de Madrid. El presupuesto de 1982 supone de entrada que el presupuesto de Madrid se incrementa en un 9 por 100, mientras que el de Cataluña decrece en un 32 por 100.

A finales de septiembre de 1982 (justo antes de las elecciones generales) el Director General del I.N.S.A.L.U.D. señaló que en 1982 se preveía un déficit de 11.140 millones de pesetas en asistencia sanitaria con medios ajenos, 10.700 millones de pesetas en farmacia, y 6.000 millones de pesetas en medicina de asistencia pública domiciliaria. Estas cifras corroboran nuestra sospecha de que el I.N.S.A.L.U.D. gasta los presupuestos al revés de como debiera, es decir, empezando primero por todo lo que revierte en beneficio del sector privado (llegando así a déficit considerables), y dejando sin gastar los recursos realmente públicos. Así, por ejemplo, a finales de 1982 (al 31 de diciembre) el I.N.S.A.L.U.D. había gastado lo siguiente de su presupuesto para todo el año (el presupuesto es incompleto en asistencia con medios ajenos y medios propios, al menos en dos mensualidades):

Servicios	Presupuesto para 1982 (en millones de pesetas)	Obligaciones reconocidas a finales de 1982	Porcentajes
(21) A domicilio, y farmacia . . . . .	217.502	240.311	110
(22) Instituciones abiertas (ambulatorios) propias . . . . .	60.907	48.407	79
(23) Instituciones cerradas (hospitales) propias . . . . .	267.625	249.360	93
(24) Con medios ajenos (concertos) . . . . .	136.785	143.702	105
(25) Investigación . . . . .	2.165	1.031	48
(26) Docencia . . . . .	12.007	8.912	74
(27) Medicina preventiva y social . . . . .	2.237	1.098	49
<i>Total asistencia sanitaria . . . . .</i>	<i>699.228</i>	<i>692.821</i>	<i>99</i>

Ya a mediados de año, el I.N.S.A.L.U.D. había gastado aproximadamente el 40 por 100 de su presupuesto anual, lo que le permitía en principio llegar a fin de año con superávit, aunque no en todas las partidas. De nuevo, lo más paradójico es que en lo que menos se gasta es en *investigación* (a pesar de las graves deficiencias ya reconocidas por todos), en *medicina preventiva y social* (a pesar del síndrome tóxico por ingestión de aceite de colza envenenado, y otras epidemias), y en ambulatorios y centros de salud (a pesar de que se considera que la atención primaria de salud es prioritaria). Sin embargo, al mismo tiempo se admiten déficit de por lo menos el 16 por 100 anual en *farmacia* y en *conciertos*. El problema es más grave aún, pues en la discusión de los presupuestos del I.N.S.A.L.U.D. de 1982 se llamó ya la atención sobre el hecho de que las *instituciones abiertas* (ambulatorios y centros de salud) sólo concentraban el 18 por 100 de los recursos de instituciones propias del I.N.S.A.L.U.D. Igualmente se señaló que el dinero dedicado a investigación y medicina preventiva y social era muy bajo.

La parte más importante del presupuesto desglosado es la dedicada a *inversiones*, ya que es el instrumento básico para cambiar y mejorar el sistema sanitario desde el sector público. El presupuesto de inversiones del I.N.S.A.L.U.D. para 1982 sólo representa el 6,3 por 100 del presupuesto total (es decir, 44.443 millones de pesetas). Al 30 de agosto se gastó ya el 76 por 100 del presupuesto de inversiones de 1982, lo que supuso que al final de año hubo déficit. A parte de cubrir compromisos anteriores, y equipamiento pendientes o de obras a terminar, los criterios que el I.N.S.A.L.U.D. se había fijado eran: a) Dedicar el máximo de recursos a *atención primaria de salud*; b) Dentro de los hospitales dedicar el máximo de recursos a *hospitales comarcales*, y; c) Corregir los *desequilibrios regionales*. No sólo no se alcanzaron esos objetivos prioritarios, sino que la administración del I.N.S.A.L.U.D. (hasta octubre de 1982) logró los objetivos inversos, con un deterioro considerable del sistema sanitario público. Tan sólo un 8 por 100 de las inversiones fueron a parar a la atención primaria de salud, y el resto a hospitales. Con ello, al 31 de diciembre se había gastado poco más de la mitad del presupuesto de inversiones para el año 1982 (véase cuadro de la página siguiente).

A pesar del déficit ya considerable en hospitales, el I.N.S.A.L.U.D. quiso convocar en septiembre de 1982 un concurso por valor de 450 millones para formar dirigentes de *hospitales*, que no prosperó por supuestas «irregularidades». En cualquier caso, queda claro que la atención primaria de salud, y sobre todo la creación de centros de salud, es el objetivo menos prioritario (y no el que más). Respecto del segundo objetivo (no construir hospitales grandes sino *hospitales comarcales*), el dinero para hospitales comarcales decrece cada vez: de los hospitales

Servicios	Presupuesto de inversiones para 1982		
	Presupuesto para 1982 (en millones de pesetas)	Gastado al 31 de diciembre	Porcentajes
(22) Ambulatorios propios .....	13.200	3.442	26
(23) Hospitales propios .....	30.445	21.763	71
(24) Conciertos .....	504	425	84
(25) Investigación .....	26	7	27
(26) Docencia .....	25	30	120
(27) Medicina preventiva y social (M.P.S.) .....	243	43	18
<i>Total asistencia sanitaria</i> .....	<i>44.443</i>	<i>25.710</i>	<i>58</i>

inaugurados en 1982 (el 68 por 100 del presupuesto se dedicaba a hospitales comarcales; pero era sólo el 33 por 100 del presupuesto dedicado a hospitales ya en obra que en principio se inauguran en 1983 y 1984; y sólo el 35 por 100 de los que están en fase de concurso o pendientes del inicio de las obras. Respecto del tercer objetivo (reducir las *desigualdades geográficas*), el I.N.S.A.L.U.D. mantiene en 1982 una política gravemente desequilibradora, cuyo impacto alcanza hasta 1984, ya que incluye los centros de salud proyectados en 1982 y los dos años siguientes. La inmensa mayoría de los centros de salud nuevos, planificados por el I.N.S.A.L.U.D., se sitúan en la España rica (la mitad norte-este de la Península). A la mitad más pobre (sur-oeste incluyendo Canarias), el I.N.S.A.L.U.D. sólo dedica el 18 por 100 del total del presupuesto de inversiones en centros de salud, guardando el 82 por 100 restante (967 millones de pesetas) para la España-rica. Además de esto, aproximadamente el 48 por 100 de todos los recursos dedicados a «inversiones especiales» se van directamente a la provincia de Madrid, con lo que se desequilibran aún más las diferencias regionales que ya eran extremas en 1981.

El presupuesto sanitario relativo actual, en relación, por ejemplo, con el gasto en subsidios de paro o pensiones, es excesivamente alto. No se suele indicar tampoco qué presupuestos sociales deben disminuir (relativamente) para que pueda aumentar el sanitario. En el caso de la sanidad no se trata de gastar más, sobre todo si ese gasto adicional es yatrógeno o si sólo redundará en un mayor lucro del sector privado o de la corrupción pública, sino de reorganizar mejor los recursos actuales. Es paradójico que coincida el proceso de democratización con la necesidad de recortar el gasto sanitario, pues esta democratización va a suponer seguramente unas mayores demandas de los grupos que trabajan en, o para, el sector sanitario público (y las demandas serán mayores cuanto más poder relativo mantengan dentro del sector, lo contrario de lo que convendría esperar) y unas mayores demandas de

la población. Es posible, pues, que la redistribución de recursos, y su aumento si se produce, beneficie a los grupos que ya estaban más beneficiados, y perjudique a los más desasistidos. Con todo ello se puede poner en duda que un mayor gasto/consumo redunde en un mayor nivel de salud de la población. En cualquier caso, el objetivo fundamental de las políticas del sector público sigue siendo la disminución de las desigualdades sociales y sanitarias de la población española.

## CAPÍTULO 12

### SIETE POLÍTICAS ERRÓNEAS

No existe un estudio global sobre la política del sector sanitario, a pesar de su importancia dentro de la sociedad española actual. En las páginas que siguen se analizan siete de las tesis más defendidas en torno a la sanidad, y que sin embargo son erróneas. De cada una se define la tesis, se estudian los razonamientos que las apoyan, se presenta a los protagonistas que defienden esas ideologías, se analizan los efectos sociales —así como en el sector sanitario— que ha supuesto la aceptación de estas tesis, y finalmente se presenta la refutación de cada tesis. Las siete aquí estudiadas son: 1) la sanidad es un problema técnico-médico, y no político; 2) el Seguro Obligatorio de Enfermedad se creó gracias a las presiones y reivindicaciones de la clase obrera; 3) la sanidad nunca ha estado socializada en el país ni podrá nunca llegar a socializarse del todo en una economía capitalista; 4) es necesaria la unificación de los procesos sanitarios bajo la forma de una institución nueva y autónoma; 5) el presupuesto sanitario público es bajo, y debería aumentarse; 6) la regionalización sanitaria hará desaparecer los desequilibrios sanitarios actuales; y 7) faltan médicos en el país. Al final, se presenta una alternativa sociológica basada en unos criterios metodológicos críticos.

#### PROBLEMÁTICA DEL SECTOR SANITARIO.

La década presente nos depara una sorpresa; la de que el régimen de Franco (1939-1975) tendió a socializar el sector sanitario, y la democracia desde 1976 hasta 1982 lo privatiza. Esta paradoja se sustenta en el hecho de que hasta 1983 no ha existido nunca ni una política sanitaria oficial ni un modelo alternativo serio en la oposición. La única

pauta estable del sector sanitario ha sido la protección del status de poder de las clases dominantes y por lo tanto las burguesías financieras, algunas con intereses en el sector sanitario; y del sector de negocio privado (industria farmacéutica, profesión médica, hospitales privados, farmacias, etc.).

Desde el sector sanitario se ha mantenido una doble visión sesgada de la sanidad, ignorando al resto de la sociedad, y centrando el interés en la bio-medicina. Este pacato *biologismo* se observa como subyacente en todas las ideologías del sector sanitario en España y concuerda con el pensamiento médico dominante. Este se basa en la creencia firme en la existencia de una teoría global que da sentido a todo el conocimiento médico, y que es enseñable desde las aulas; en la tendencia a afirmar la existencia de un equilibrio humano y una homeostasis del cuerpo —y mente— humano (teoría que a su vez viene de Hipócrates); y en la afirmación de que todo proceso patológico proviene de un desarreglo de tipo bio-médico, incluso a nivel colectivo y social.

El presente estudio parte de la suposición de que existen todavía en la sociedad española actual (con un gobierno socialista) una serie de tesis sobre el sector sanitario y su política, aceptadas mayoritariamente (o por grupos extensos de población), y que pueden considerarse como *erróneas*. Se define la tesis como una «proposición que se mantiene con razonamientos»; y es errónea en el sentido de ser un «juicio equivocado o falso». El título rememora, a propósito, las once Tesis sobre Feuerbach, de las que aquí se incorpora la última como punto de partida de una alternativa sociológica crítica: «Los filósofos sólo han *interpretado* el mundo, en varias formas; el problema es *cambarlo*.» Las tesis, erróneas o no, se suelen utilizar como armas políticas, y artefactos de combate de los grupos de presión. Por eso conviene además señalar quién, y cómo, las utiliza. En total se han aislado *siete* posibles tesis, entre otras muchas.

En el sector sanitario el problema que subyace detrás de todas las tesis es el de la desigualdad de los niveles de salud de la población; lo que se podría denominar «desigualdad sanitaria» *vis-à-vis* la «desigualdad social». Ambos procesos están íntimamente relacionados, y es la Sociología de la Medicina la que se encarga de analizar sus interrelaciones. Las tesis (erróneas) no son fáciles de aislar, pues todas ellas suelen aparecer combinadas en proporciones diversas, aunque alguna (como la del biologismo o la tecnocratización del sector) aparezca subyacente en casi todas las demás. Por otro lado varias de ellas son contradictorias entre sí.

Tesis erróneas parecidas son, a veces, compartidas por la izquierda y la derecha, pero por motivos (y con deseos) diferentes e incluso opuestos. Existen más tesis en el *establishment*, en parte por la mayor cantidad de estudios que se producen en torno al sector sanitario exis-

tente. Las tesis sustentadas por la izquierda aparecen sobre todo en la periferia, precisamente allí donde los partidos de izquierda han alcanzado algún poder dentro del sector sanitario local (caso, por ejemplo, de los comunistas en Cataluña). Esta relación proviene también de la pauta de contestación de la periferia a la política centralista. Tanto las tesis erróneas de la derecha como las de la izquierda son analizadas aquí, en un intento intelectual de realizar una crítica sociológica del poder dentro del sector sanitario.

Varios han sido los problemas en la redacción de las siguientes páginas. Primero, el método de trabajo ha sido —contrario a una metodología de investigación usual— ir de lo más general a lo más particular, de la teoría a los datos. Sólo así hemos comprobado la falta de datos pare refutar las tesis, así como la falta de datos originales que existen en este momento para haberlas formulado. El lector observará el poco énfasis que se pone aquí en refutar las tesis, pues no nos arrogamos excesivas pretensiones «científicas» (no ideológicas). Tampoco se sigue un esquema tradicional de tesis-antítesis-síntesis, sino de tesis-razonamientos-efectos-refutación. Hay que llamar la atención sobre el hecho de que no todas las tesis están al mismo nivel de generalidad. Algunas tesis son comunes a otros países, sobre todo a algunos países de la Europa meridional, pero ese análisis cae fuera del propósito del presente estudio.

Se presentan a continuación *siete tesis erróneas*, y una alternativa metodológica, para el análisis del sector sanitario español. Dentro de cada tesis se analizan los siguientes puntos: la *definición* más común de la tesis; los *razonamientos* que soportan esta tesis, y que en cierta forma pueden considerarse además como tesis complementarias; los *protagonistas* o grupos políticos y sociales que defienden generalmente la tesis, citando a pie de página las obras fundamentales donde puede encontrarse la tesis en cuestión; los *efectos* sociales, y en el sector sanitario, de haber mantenido como verdadera la tesis; y la *refutación* de la tesis utilizando el máximo de bibliografía de referencia, pero sin intentar en ningún modo una demostración lógica de la «erroneidad» de la tesis. Una hipótesis de partida del estudio presente es que existe una falta de datos (estratégica) que impide no sólo demostrar las tesis, sino también refutarlas.

*La sanidad es un problema técnico-médico, y no político.*—Esta primera tesis errónea consiste en aceptar que los temas del sector sanitario son siempre de carácter técnico —y en definitiva médicos— y no políticos. Los *razonamientos* que sustentan tal tesis son diversos. De entrada se acepta como axioma que el hecho de que la población muera cada vez más tarde se debe a la actividad de los médicos y al desarrollo tecnológico de la medicina, y en concreto a la medicina curativa. Los asuntos sanitarios se consideran como un «problema»,

no como un sector, que debe ser resuelto con una racionalidad de tipo técnico, y nunca mediante un proceso de negociación o compromiso entre los diversos grupos en el poder (bien se incluya aquí, o no, a la población general, o a los usuarios coyunturales del propio sector sanitario). Más adelante se considera que son los médicos los que deben tomar esas decisiones ya que son los que ocupan los puestos técnicos —y viceversa—, y los llamados a definir la planificación del sector sanitario, y las políticas concretas en todo lo referente a la salud de la población. De aquí se suele llegar a razonar que incluso el ministro de Sanidad debe ser médico. La organización sanitaria se basa a la postre en la profesión médica —organizada en colegios profesionales, los llamados Colegios Provinciales Oficiales de Médicos— que acapara la asistencia sanitaria privada y pública, y por lo tanto debe definir los modelos futuros de asistencia sanitaria. Esta profesión se expresa a través de sus colegios, gabinetes de asesoramiento, comités de expertos, congresos, academias, facultades de medicina, etc. Es, pues, esa elite médica la que debe ocupar los puestos técnicos a todos los niveles (ministerio, hospitales, ambulatorios, dispensarios). Se considera además que la sanidad es un sector que nunca podrá llegar a democratizarse del todo, ya que siempre incluirá *per natura* una decisión técnica, y por lo tanto una jerarquía de decisiones en forma cualitativa: los que saben (los médicos) frente a los que nunca pueden llegar a saber lo suficiente sobre el tema como para decidir (la población). Más concretamente, que la sanidad de una población concreta no debe ser decidida por esa misma población. Precisamente, al ser la sanidad un tema eminentemente técnico, todos los programas sanitarios de los diversos partidos políticos se parecen en lo sustancial, y sólo difieren en detalles de implementación.

Los *protagonistas* de esta tesis son no sólo grupos de la derecha, sino también de izquierda. En la derecha ha sido defendida por los grupos en el poder especialmente a partir de 1964<sup>1</sup>, llegando a su

<sup>1</sup> Esta postura puede verse sobre todo en los tres primeros planes de desarrollo sanitarios: Comisaría del Plan de Desarrollo Económico y Social, *Anexo al Plan de Desarrollo Económico y Social. Años 1964 a 1967. Obras y servicios de las corporaciones locales. Sanidad y asistencia social* (Madrid, Presidencia del Gobierno, 1964); *II Plan de Desarrollo Económico y Social: Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social* (Madrid, Presidencia del Gobierno, 1967), y *III Plan de Desarrollo Económico y Social: Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social* (Madrid, Presidencia del Gobierno, 1972). Una crítica a estos planes aparece en Jesús M. de Miguel, «The Spanish health planning experience, 1964-1975», en *Social Science and Medicine*, núm. 9 (1975), págs. 451-459. La misma posición tecnocrática aparece en la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, *Informe al gobierno sobre la reforma sanitaria* (Madrid, mimeografiado, 1975), 12 vol., y en el nunca aplicado: Presidencia del Gobierno, *Documentación básica del IV Plan Nacional de Desarrollo: Trabajo y promoción social. Seguridad Social, Sanidad y Asistencia Social* (Madrid, Subsecretaría de Planificación, 1976). Con un punto de vista más metafísico está el libro de Juan J. López Ibor, *La medicina como poder* (Madrid, Prensa Española, 1975).

clímax en 1977<sup>2</sup>. También se presenta esta tesis entre grupos de la izquierda, sobre todo cuando la voz cantante es llevada por la propia profesión médica<sup>3</sup>, y más especialmente en los documentos de los Colegios Médicos<sup>4</sup>. Sin embargo, la ideología no aparece tan clara en la izquierda, que alternativamente se mueve entre la defensa de, y el ataque a, esta tesis<sup>5</sup>.

Los efectos que sobre el sector sanitario y la sociedad española ha tenido el mantenimiento de esta tesis han sido múltiples. Lo más visible ha sido el desarrollo de un argot médico, técnico-sanitario, imposible de comprender por los no iniciados. Este nuevo vocabulario no se justifica por la débil tecnificación real del sector, y tampoco supone un avance del conocimiento o de conceptos abstractos. Este nuevo lenguaje ha supuesto a menudo un disfraz de la realidad, utilizando precisamente términos opuestos: «concierto» (donde nada está orquestado), «residencia» (donde sólo se auxilia a enfermos agudos), «jerarquizados» (servicios nunca organizados ni integrados), «urgencias» (las no urgencias), «pirámide» (servicios no coordinados), «beneficia-

<sup>2</sup> Es decir, en los informes oficiales de la Seguridad Social, conocidos como el *Libro Blanco* y el *Libro Rosa*: Subsecretaría de la Seguridad Social, *Libro blanco de la Seguridad Social* (Madrid, Ministerio de Trabajo, 1977); Instituto Nacional de Previsión, *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: Estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española* (Madrid, Ministerio de Trabajo, 1977). Una crítica socialista a las posiciones tecnocráticas de la Seguridad Social puede verse en: Felipe Soler Sabarís, *Problemas de la Seguridad Social española* (Barcelona, Pulso, 1971), y, del mismo autor, «Alternativas de la Seguridad Social en un plan de reforma sanitaria», páginas 195-220, en Jesús M. de Miguel (comp.), *Planificación y reforma sanitaria* (Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978).

<sup>3</sup> Se puede ver esta tesis, por ejemplo, en varias de las ponencias del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, *Funció social de la Medicina* (Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, 1976), y en menor medida en Congrés de Cultura Catalana, *Ambit d'Estructura Sanitària* (Barcelona, Monografies Mèdiques, 1977). Una crítica a esta posición —desde las propias trincheras médicas— aparece en: Jordi Gol y otros, *La sanitat als Països Catalans* (Barcelona, Edicions 62, 1978), y en Francisco J. Yuste, *Ensayos sobre medicina preventiva y social* (Madrid, Akal, 1976).

<sup>4</sup> Suelen ser posiciones más típicas de la «periferia»; las posiciones de la derecha aparecen ejemplificadas en Jesús Quesada Sanz, *Unidad de la Medicina y unión de los médicos* (Murcia, Sucesores de Nogués, 1969), y la de la izquierda puede verse, por ejemplo, en «Seminari d'introducció als estudis de Salut Pública», en *Annals de Medicina*, vol. 63, núm. 7 (julio 1979). Todas las posiciones pueden verse además en el órgano oficial del Consejo General de Colegios Médicos de España, *Boletín Cultural e Informativo* (posteriormente denominado *Boletín formativo e informativo* y después *Boletín informativo*) publicado desde 1946; y en el órgano oficioso *Tribuna Médica*, semanario de Antibióticos, S. A.

<sup>5</sup> Es interesante, por ejemplo, analizar —y comparar— las Primeras Jornadas Sanitarias del P.C.E., *Ponencias y comunicaciones: Madrid, 10 y 11 de junio, 1978* (Madrid, Gráficas Ajenjo, 1978); Primeres Jornades de Sanitat del P.S.U.C., *Ponencies i comunicats: 11-12 de febrer 1978* (Barcelona, Comissió de Sanitat del Comitè Central, P.S.U.C., 1978), y Jordi Gol y otros, *Salut, sanitat y societat* (Barcelona, 7 x 7 Edicions, 1977).

rios» (los que menos se benefician), «ciudades sanitarias» (caos sanitario), «iguala» (lo que no iguala nada), «médico de cabecera» (el que casi nunca ve al paciente en su casa), etc.<sup>6</sup> Este intrincado lenguaje ha supuesto que los temas sanitarios quedasen en manos de un grupo reducido de conocedores del tema, que normalmente se dedican exclusivamente al mismo. Se produce además una confianza generalizada en la medicina curativa frente a la sanidad pública, la medicina preventiva, y otras medidas de asistencia que suponen una redistribución de recursos. Esta tendencia se refleja en un mayor presupuesto a la medicina curativa y a farmacia que a ningún otro aspecto. Es muy escaso el número de estudios epidemiológicos, y de sociología de la salud, es decir, que midan el impacto de las variables no-médicas (agua potable, vivienda, alimentación, clase social, redistribución de la propiedad agraria, medios de comunicación, integración social, hábitos, etc.), en el nivel de salud de la población.

Se ha considerado así a la sanidad como un problema peculiar, autónomo, y separable del resto de los sectores y servicios de la sociedad. De aquí se llega a realizar la mayor parte de los estudios sin tener en cuenta la estructura social, la económica, ni la situación política. Incluso la izquierda lleva a cabo estudios en los que se pretende ignorar el hecho de que *ceteris paribus*, España es un país capitalista-dependiente. Las políticas, control de gestión y presupuestos, y evaluación de los resultados no mantienen un control político, sino que son decididos autónomamente por los grupos de poder de la sanidad en la administración pública. El I.N.S.A.L.U.D., hasta muy recientemente era un organismo público sin apenas control gubernamental (y ningún control de la población); y un sector de poder autónomo manejado por una *clique* conocida a veces como la «aristocracia azul». No sólo no se discute el nivel de jerarquización actual de este sector público, sino que incluso se pide a veces un nivel mayor de burocratización.

Sólo los llamados «técnicos» —a ser posible médicos— deciden sobre las reformas del sector tanto en el *establishment* como en la oposición. Incluso a nivel de alternativas de modelos sanitarios globales (socialistas y comunistas), el papel de los médicos es preponderante no sólo en los Colegios Oficiales de Médicos (amén de sus gabinetes y asesores), sino a nivel de los partidos políticos, asociaciones de vecinos, e incluso burocracia sanitaria autónoma. La mayoría de los puestos de poder (directores de hospitales y ambulatorios, inspectores, directores generales, comisiones de reforma, etc.), están ocupados por médicos (en una aplastante mayoría varones). Tanto la derecha como la izquierda solicitan que la reforma de la sanidad sea realizada por mé-

---

<sup>6</sup> Un análisis de este vocabulario aparece en Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid, Akal, 1979).

dicos. La experiencia enseña que cuando se van a plantear cambios en el sector (como: regionalización, centros sanitarios a nivel de la comunidad, malpráctica, reforma de los ambulatorios públicos, etc.), la profesión médica es la primera en definir un modelo, a veces aparentemente progresivo, pero que en su interior siempre protege los intereses de la profesión (concretamente: nuevos puestos de trabajo a médicos, monopolio, autonomía, e ingresos elevados). El máximo, poder reside en la planificación detallada del sector sanitario. Dado que durante el franquismo el poder político de la profesión médica era reducido, no se produjo un proceso real de planificación sanitaria, a pesar de los Planes de Desarrollo Económico y Social (de 1964-1973).

Tampoco se han definido modelos reales de democratización del sector sanitario a todos los niveles, y menos aún a nivel de la base de la población. Incluso los partidos de izquierda no han definido estos modelos, y no señalan tampoco la posible solución del paradigma de democratización del sector sanitario. Se ha producido un fenómeno de «mimetismo homeostático» de los modelos sanitarios de los partidos políticos: los de derechas copian las fórmulas de la izquierda («regionalización», «centros de salud»), y los de la izquierda se empeñan en salvaguardar algunos de los principios defendidos por la derecha (libre elección de médico, no socialización del sector privado médico o farmacéutico). En general, se observa que las definiciones médicas de los problemas sanitarios no son técnicas sino altamente ideológicas, y que buscan como objetivo la protección de los intereses de los grupos con poder y de la profesión médica. Esta contradicción es aún más llamativa en los grupos de izquierda.

La refutación de esta tesis puede ser, también, múltiple. Es conocida la paradoja de que las disciplinas no-médicas han salvado más vidas durante los últimos siglos que la Medicina<sup>7</sup>. La sanidad es un

---

<sup>7</sup> Para mayor abundamiento de esta teoría pueden verse los libros clásicos: Louis I. Dublin y Alfred Lotka, *Length of Life: A Study of the Life Table* (Nueva York, The Ronald Press Co., 1936); Paul Hugh, *The Control of Communicable Diseases* (Londres, Harvey and Blythe, 1952), y Edgar Sydenstricker, *Health and Environment* (Nueva York, Mc Graw-Hill Book Co., 1933). Véase, además, E. Gartly Jaco (comp.), *Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health*, 2.ª ed. (Nueva York, The Free Press, 1972), y el imaginativo libro de Irving I. Kessler y Morton L. Levin (comps.), *The Community as an Epidemiological Laboratory: A Casebook of Community Studies* (Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1972). Para una interpretación metodológica de este planteamiento véase: Kenneth F. Maxcy (comp.), *Rosenau: Preventive Medicine and Hygiene*, 7.ª ed. (Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1951), en especial el capítulo 43 (págs. 1289-1308). El ejemplo siempre citado es el de John Snow y el cólera en Inglaterra y su obra *El modo de comunicación del cólera* (1853-1954). Para una bibliografía más completa puede consultarse J. M. de Miguel, «Fundamentos de Sociología de la Medicina», en *Papers: Revista de Sociología*, núm. 5 (1976), págs. 209-269, especialmente la «Bibliografía básica comentada de sociología de la medicina».

tema (no un «problema») de recursos escasos, y por lo tanto no técnico sino político. Se acepta que un conocimiento más técnico —en general más médico-biológico— de la sanidad no ayuda demasiado para conseguir una planificación mejor. Es la población —que no entiende necesariamente de los detalles técnicos o médico-complejos— quien podría muy bien decidir sobre la distribución de los recursos escasos. Tampoco conviene expropiar a la población de su derecho a decidir sobre su salud y sanidad personales o comunitarias. Otros países —tanto socialistas como capitalistas— señalan que *sí* es posible una relativa democratización del sector sanitario; articulándose, por ejemplo, a través de mecanismos de participación en decisiones sanitarias locales, o a través de elecciones políticas generales. En estos casos conviene que el ministro de Sanidad sea político, sea o no médico <sup>8</sup>.

Hay, sin embargo, que reconocer que en una primera etapa franquista, precisamente la más dura (los años cuarenta), se aceptó plenamente que la sanidad era un tema político y no técnico. El grupo falangista de José A. Girón, Luis Jordana de Pozas *et alii*, desarrollaron todo el sector del Seguro Obligatorio de Enfermedad; mientras que el sector de sanidad pública continuó en manos del Ministerio de la Gobernación y el cuerpo de Sanidad Nacional. El poder de la profesión médica organizada quedó eliminado por la ley de organización colegial de 1945 que permaneció prácticamente inalterable hasta 1967.

*El Seguro Obligatorio de Enfermedad se creó gracias a las presiones y reivindicaciones de la clase obrera.* —Esta segunda tesis errónea afirma que la creación del sector sanitario de la Seguridad Social fue arrancado al poder por los trabajadores. En los *razonamientos* se suele explicar que fue una verdadera conquista social, en contra del poder establecido, que no tuvo otra posibilidad de claudicar. De aquí se suele seguir

---

<sup>8</sup> La mejor obra para apoyar la refutación de esta tesis es Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma*, op. cit. Algunos aspectos aparecen además en *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Barcelona, Vicens Vives, 1978). Referente al tema concreto de España y los países de la Europa meridional puede verse, del mismo autor: «Policies and politics of the health reforms in southern European countries: A sociological critique», en *Social Science and Medicine*, núm. 11 (1977), págs. 379-393, y especialmente «The role of the medical profession in non-democratic countries: The case of Spain», páginas 41-59, en Margaret Stacey y otros, (comps.), *Health and the Division of Labour* (Londres, Croom Helm, 1977). También «Hacia un modelo democrático de reforma sanitaria», en *Doctor: Información Profesional* (marzo 1976), págs. 8-23, y «The Spanish Health planning experience» op. cit. Un modelo de análisis global del sector sanitario aparece en: «A framework for the study of national health systems», en *Inquiry*, vol. 12, núm. 2 (1975), págs. 10-24. La posición oficial de los primeros años del franquismo puede verse en José A. Girón, *Orientaciones sociales del gobierno* (Madrid, I.N.P., 1945), y los problemas posteriores en mis páginas: «La reforma sanitaria», págs. 571-576, en Javier Figuero, Ana Baselga y Catalina G. Madaria, *Las reformas urgentes* (Madrid, Taller de Ediciones J. B., 1976).

que cualquier conquista dentro del sector sanitario sólo provendrá en el futuro de las presiones de los trabajadores y no tanto de los deseos de otros grupos de poder. La democracia que se inicia a finales de los años setenta va, pues, a permitir una mayor libertad de expresión de las opiniones populares, y éstas van a producir una reforma gradual del sector sanitario.

Los protagonistas de esta tesis son grupos concretos de la izquierda, sobre todo en la periferia. La tesis aparece latente en diversas reuniones y congresos en los últimos años del franquismo, normalmente defendida por personas que por su juventud *no* vivieron la creación del S.O.E. en 1942-1944<sup>9</sup>. Posteriormente llega a concretarse con la siguiente claridad: «La clase obrera en su lucha por mejorar sus propias condiciones de vida, ha dado origen a la medicina de la Seguridad Social y sigue siendo esta misma clase la que propugna un servicio sanitario nacional como máxima expresión del derecho a la salud para todos»<sup>10</sup>.

Los *efectos* sociales de esta tesis se resumen en una confianza en que la democracia va a proseguir con el proceso de socialización del sector, y por lo tanto a producir modelos en esa dirección. Al considerar que el S.O.E. fue ganado por los trabajadores se deduce, a veces, que éste es sólo para los obreros y no tiene por qué hacerse coextensivo a las clases medias o altas. Se considera que cualquier otro cambio del sector sanitario sólo podrá realizarse con el apoyo —y el protagonismo— de la clase obrera. El efecto típico en la izquierda ha sido la confianza en las presiones sindicales como forma para crear reformas sanitarias.

Es la propia izquierda quien se ha encargado de presentar una *refutación* a esta tesis, considerando repetidamente al S.O.E. como el «banquero barato del Estado» y «un sistema de ahorro forzoso»<sup>11</sup>. El

---

<sup>9</sup> Se puede ver fundamentalmente en algunas de las comunicaciones y ponencias del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (celebrado en Perpignan, en 1976) *Funció social de la medicina*, op. cit., y en el *Ambit d'Estructura Sanitària del Congrés de Cultura Catalana* (celebrado en Tarrasa, en 1977), *Què passa amb la sanitat?* (Barcelona: Edicions 62, 1978). En otros sectores de izquierda esta tesis no es defendida, por ejemplo, Alberto Infante y otros, *Cambio social y crisis sanitaria: Bases para una alternativa* (Madrid, Ayuso, 1975); Jesús M. de Miguel (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*, op. cit., y en Jordi Gol y otros, *Salut, sanitat i societat* (Barcelona, 7 x 7 Edicions, 1977).

<sup>10</sup> Ramón Espasa y otros, *La sanidad hoy* (Barcelona, Avance, 1975), pág. 29. Curiosamente en la misma publicación, y en la página 35, Felipe Soler Sabaris afirma lo contrario. Para un análisis de esta tesis por partidos políticos según un modelo teórico véase el capítulo 6 de Jesús M. de Miguel, *Sociología de la Medicina*, op. cit. (páginas 115-138).

<sup>11</sup> Puede verse, entre otros, en Joaquim Vergés, *La Seguridad Social española y sus cuentas* (Barcelona, Ariel, 1976).

modelo del S.O.E. pervivió gracias a dos factores: al control autoritario del sistema por parte de los falangistas desde el Ministerio de Trabajo, y la Organización Sindical verticalista, y a la falta de un modelo alternativo elaborado por la oposición<sup>12</sup>. Las primeras resistencias provinieron significativamente de la periferia<sup>13</sup>, y cristalizaron en proyectos poco elaborados y contradictorios, y generalmente realizados por médicos (con poco poder dentro del sistema sanitario a nivel nacional).<sup>14</sup> En concreto las primeras reacciones de la izquierda no se produjeron hasta 1971, y las primeras alternativas no se publicaron hasta 1976, y desde luego no por los obreros industriales, sino de nuevo por médicos, o colaboradores de equipos de médicos. Es un hecho que fue una «aristocracia azul»<sup>15</sup> compuesta por José A. Girón *et alii*, quien diseñó el S.O.E. en 1942, quien controló su desarrollo, y decidió sobre las inversiones<sup>16</sup>. Para ello contó con la colaboración del grupo de católicos-tradicionales (el grupo de Severino Aznar) alrededor del I.N.P., que había sido creado en 1908. Los obreros se limitaron a pagar sus cuotas, y a utilizar el S.O.E.; e incluso la profesión médica no pudo

---

<sup>12</sup> Incluso el programa del partido Comunista de 1968 era indefinido y no demasiado avanzado: Santiago Carrillo y otros, *Un futuro para España: La democracia económica y política* (París, P.C.E., 1968).

<sup>13</sup> Concretamente los primeros sucesos de importancia comenzaron en 1971 con las huelgas de M.I.R.; de médicos del Hospital Psiquiátrico de Oviedo; las divisiones internas en el Congreso Nacional de Neuropsiquiatría en Málaga; y con las primeras críticas serias a la Seguridad Social desde Barcelona encabezadas por Felipe Soler Sabaris. Al año siguiente se celebró el famoso Congreso de la Juventud Médica en Valencia. En 1974 se empieza a popularizar la alternativa «Servicio Nacional de Salud» en Cataluña. En 1976 se reúne el décimo Congreso de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana en Perpignan, se celebra en 1977 el oficial —pero opuesto a la política oficial— Seminario sobre Planificación Familiar en Mahón. Aparecen ese año las primeras alternativas socialistas y comunistas, algo más elaboradas (aunque siempre parciales y simplistas), al sector sanitario público.

<sup>14</sup> Ejemplos recientes son: Ferran Martínez Navarro, *Estructura i malaltia sanitària per al País Valencià* (Valencia, Tres i Quatre, 1978), 79 págs.; Ferran Planes, *Esquema dels serveis socials aplicats a una Catalunya autònoma: Una visió socialista* (Barcelona, Laia, 1978), 146 págs., y Carlos Borasteros, *Salud, enfermedad y sociedad* (Madrid, Forma, 1978), 141 págs.

<sup>15</sup> El término fue acuñado por Jacint Reventós.

<sup>16</sup> Para entender la ideología oficial conviene consultar las publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, y más concretamente: José A. Girón, «El seguro de enfermedad en España», en *Revista de Trabajo* (enero 1944), y *Orientaciones sociales del Gobierno*, op. cit. Véanse, además, Luis Jordana de Pozas, *Características del seguro español de enfermedad* (Madrid, I.N.P., 1944), y Licinio de la Fuente, *La Seguridad Social al Servicio de la salud de los trabajadores y de sus familias* (Madrid, Ministerio de Trabajo, 1973). Estudios más generales son los de Enrique Serrano, *El Seguro de Enfermedad y sus problemas* (Madrid, Instituto de Estudios Políticos, 1950), y Manuel Aldeanueva, *Seguridad Social: Principios elementales y legislación* (Madrid, I.N.P., 1972). Una visión sociológica conservadora aparece en, Severino Aznar, *Los peligros del Seguro de Enfermedad y su inspección sanitaria* (Madrid, I.N.P., 1949).

oponerse más que muy indirectamente y sin éxito. Los jornaleros del campo no accedieron al sistema sanitario de la Seguridad Social hasta 1966, y en condiciones peores que el resto de la población. Es, pues, una realidad que el S.O.E. fue creado sin contar con la población (menos aún con los obreros o jornaleros) y de espaldas a la profesión médica<sup>17</sup>. La paradoja es que cuando empieza la crítica de la izquierda (generalmente médicos) en 1971 es precisamente cuando comienza el proceso de privatización del sector sanitario en España, que abarca por lo menos desde 1971 hasta 1983.

*La sanidad nunca ha estado socializada en el país, ni podrá nunca llegar a socializarse del todo en una economía capitalista.* — Esta tercera hipótesis es general y por lo tanto más difícil de analizar. Se refiere a la conocida polémica de la socialización-privatización del sector sanitario, y se concreta afirmando que en España los falangistas no socializaron el sector sanitario, y que nadie podrá socializarlo mientras continúe un sistema de economía de mercado.

Los *razonamientos* para emitir esta tesis han sido múltiples. El modelo falangista/franquista no pretendió nunca la socialización del sector sanitario, ni siquiera el extender todo el sector público sanitario a toda la población. Un régimen de derechas no puede pretender nunca socializar verdaderamente el sector sanitario. La Seguridad Social debe reducirse a un papel subsidiario, es decir, a preocuparse de los problemas no cubiertos por el sector privado. Se parte de la idea (equivocada) de que en la actualidad en España sólo una minoría de la profesión médica y del resto del personal sanitario está socializado, es decir que trabajan para el sector público. Se acepta como axioma que la ley de la oferta y la demanda en un mercado-transparente es el modelo mejor también para la sanidad, aun cuando genere a veces algunos pequeños problemas de consumo yatrógeno. Un sistema capitalista no puede nunca llegar a socializar un sector determinado de la sociedad —y menos aún tan importante como el sanitario—, pues surgirían problemas insolubles. Se invoca la idea de que un sistema de medicina socializada sólo puede existir en un país socialista. El sector privado no desaparecerá nunca. Y lo que es más importante, la socialización del sector sanitario es perjudicial para el nivel de salud de la población.

El *protagonista* mayoritario de esta tesis es la derecha, quien se ha opuesto así a los procesos de socialización del sector sanitario en

---

<sup>17</sup> El estudio más concreto sobre la ideología falangista sobre el sector sanitario puede verse en Jesús M. de Miguel, «Ser o no ser: El modelo sanitario falangista de los años cuarenta», en *Doctor: Política Profesional* (marzo 1977), págs. 64-73, y en *La sociedad enferma*, op. cit. Un marco teórico aparece en Antonio Ugalde, «Los procesos de toma de decisiones en el sector sanitario y sus implicaciones políticas», en *Papers: Revista de Sociología*, núm. 5 (1976), págs. 101-124.

España<sup>18</sup>. Pero incluso algunos sectores de izquierda, más o menos moderada, y generalmente médicos, también han defendido esta postura<sup>19</sup>.

Los efectos de esta tesis han cristalizado en la paradoja fundamental de que a pesar de los problemas sociales creados por el régimen de los años cuarenta, éste había avanzado en el proceso de socialización del sector sanitario, mientras que la democracia parlamentaria retrocede, produciéndose desde 1975 hasta 1983 un proceso gradual de privatización del sector. La izquierda, que había (lógicamente) atacado al franquismo, no entiende que ese régimen hubiese establecido un sector sanitario público tan progresivo (a pesar de sus defectos). Por eso se produce una oposición de todos (derecha e izquierda) al término «socialización» del sector sanitario, considerándose como rechazable ideológicamente por unos, y poco claro por otros.

Es un hecho que el proceso socializador del modelo falangista/franquista se interrumpe —desde el propio Gobierno— al interpretarse que no es un proceso lineal hacia una meta socializadora. Nunca llega a definirse claramente un modelo globalizador (es decir no-subsidiario) de la Seguridad Social, ni desde el *establishment* ni desde la oposición, para que se incluya a toda la población sino que se reduce a los grupos (supuestamente) más necesitados, generalmente «económicamente débiles» (por utilizar la fraseología oficial al uso). Pero en realidad, parte de la población más necesitada todavía en 1983, no está cubierta por el propio sector público, a pesar del principio de subsidiaridad, ya que ciertos sectores de la población no se consideran como portadores de derechos legítimos completos: parados, no registrados oficialmente, parte de la población rural, ilegítimos no naturalizados con madres no aseguradas, algunas personas de edad, enfermos mentales, algunos de los casos más problemáticos de enfermos crónicos, trabajadores ilegales sin contrato (extranjeros y minorías étnicas), gitanos, etcétera.

---

<sup>18</sup> De nuevo nos remitimos aquí a las fuentes de la política oficial, sobre todo a partir de los años sesenta, y en concreto a los cuatro Planes de Desarrollo Sanitario (véase la nota 1), y al *Libro Blanco* (véase la nota 2). También pueden consultarse documentos de la derecha, como G.O.D.S.A., *Llamamiento para una reforma sanitaria* (Madrid, S. Martín Villagroy, 1976). Una posición ambigua es la del médico —y presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España durante muchos años— Alfonso de la Fuente Chaos, *Comentarios a la ley del Seguro de Enfermedad* (Madrid, Delegación Nacional de Sanidad de F.E.T. y de las J.O.N.S., 1943); *Los problemas de la medicina actual* (Barcelona, Editorial Científico Médica, 1958), y Jesús Quesada Sanz, *El Seguro de Enfermedad y los médicos en el momento actual* (Murcia, Imprenta el Tiempo, 1962).

<sup>19</sup> Un ejemplo claro es Nolasco Acarín y otros, *La salud, exigencia popular* (Barcelona, Laia, 1976). Véanse las páginas 130 y sigs. y *passim*. También en Jordi Gol y otros, *Salut, sanitat i societat*, op. cit.

El efecto más importante es la gradual privatización del sector público desde 1971 en dos formas: reducción de los recursos públicos respecto del total, y aprovechamiento privado de los recursos públicos a través de canales instituidos por la propia Seguridad Social y a través de la corrupción<sup>20</sup>. Curiosamente, el comienzo de este proceso de privatización coincide con el inicio de la crítica del sistema desde la izquierda, en 1971. No se controla a los médicos dentro del sector público, ni se les pide exclusividad en su trabajo, ni se les considera como «funcionarios públicos» (al servicio de la población y bajo la autoridad gubernamental). No se llega nunca a plantear en serio la separación del sector privado y el público como exclusivos. Tampoco se controla (públicamente) el sector privado, ni siquiera con el objetivo de no solapar, o duplicar, las actividades de los sectores privado y público.

Todo ello ha llevado a que todavía en 1983 el sector público apareza al servicio del sector privado; y ninguno de ellos al servicio real de la población sino de los intereses políticos (Seguridad Social) o intereses comerciales (medicina privada). Los partidos de izquierda *no* han planteado modelos radicales de socialización del sector sanitario, pues a menudo los consideran imposibles dentro de un sistema capitalista, con lo que simplemente colaboran con los modelos de la derecha, introduciendo en el mejor de los casos cambios semánticos y no estructurales.

La *refutación* de esta tesis debe partir de la consideración de que en la realidad no existen modelos puros sino más o menos privatizados/socializados. Se entiende, pues, que el sistema sanitario no es una entidad pura sino un proceso. Parte de la confusión proviene a su vez de la peculiar ideología falangista (la que crea el sistema sanitario durante la dictadura de Franco) que combinaba la protección de la propiedad privada con un espíritu anti-capitalista, la protección de un sistema de derechas con un servicio para el pueblo. La verdadera «revolución» siempre quedó «pendiente», con lo que el modelo mixto fue aún más obvio. Sin embargo, el efecto de este experimento falangista es que en la actualidad la mayoría de la población considera que el Estado es res-

---

<sup>20</sup> La corrupción (entendida como el aprovechamiento privado de recursos públicos) de la Seguridad Social es la tesis defendida en Jesús M. de Miguel, «El Teorema de Watson del sector sanitario: Hacia una teoría sociológica de la Seguridad Social española», en *Papers: Revista de Sociología*, núm. 10 (1979), págs. 115-145; en «Análisis sociológico del sector farmacéutico en España», en *Revista de Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 5 (1979), págs. 55-79, y en «Cuentos y cuentas de la Seguridad Social», en *Doctor: Política Profesional*, núm. 143 (1978), págs. 48-52. Puede verse también en algunos de los capítulos de la coetánea A. Infante y otros, *Cambio social y crisis sanitaria*, op. cit. Véase F. Javier Yuste y otros, *Apuntes para un libro negro de la Seguridad Social*, (Madrid, Akal, 1982), 158 págs.

ponsable de la salud de la población (es decir, un sistema público, gratuito, y accesible a toda la población) <sup>21</sup>.

El sector sanitario en España en los años setenta ha llegado a estar bastante «socializado» (o mejor, pseudo-socializado, ya que combinaba actividades privadas y públicas en las mismas personas, tanto personal sanitario como población), cubriendo el 75 por 100 del consumo farmacéutico, dando trabajo al 85 por 100 de la profesión médica, y cubriendo, al menos nominalmente, al 90 por 100 de la población del país <sup>22</sup>. Mientras no se demuestre lo contrario, y no es una demostración fácil, no hay nada que impida la socialización casi completa de un sector social (como vivienda, educación, sanidad) en un país con una economía general de mercado. Todo depende de si ese modelo se propone, y de si los grupos opositores (profesión médica, industria farmacéutica, hospitales de la Iglesia, etc.), no mantienen un poder excesivo <sup>23</sup>. La socialización de un sector importante de la sociedad puede

---

<sup>21</sup> Estos datos son oficiales, del propio Instituto Nacional de Previsión, en el denominado *Libro Rosa (Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España, op cit.)*. Véase, además, Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma, op. cit.*, especialmente el capítulo 5: «La revolución pendiente del sector público.»

<sup>22</sup> Para un estudio detallado, y comparativo, debe consultarse: Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region: A Comparative Analysis of the Health Systems of Portugal, Spain, Italy, and Yugoslavia* (Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, 1976). Del mismo autor puede verse «Sector sanitario: Factores en el desarrollo cualitativo», en *Doctor: Información Profesional* (mayo 1976), págs. 57-64; «Social class and health structure in southern European countries: A sociological critique», págs. 399-419, en Jean-Claude Guyot y otros, (comps.), *Santé, Médecine et Sociologie* (París, Centre National de la Recherche Scientifique, 1978), y «Los pobres mueren antes: Para un análisis sociológico de las desigualdades sociales en el sector sanitario», en *Doctor: Política Profesional* (mayo 1977), págs. 54-60.

<sup>23</sup> A este respecto es ilustrativo el estudio del médico Vicente Navarro, *Medicine Under Capitalism* (Nueva York, Prodist, 1976). Véase también Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region, op. cit.*; Antonio Ugalde y Jesús M. de Miguel, «Latin American and Latin European health systems: Are there experiences to be shared?», en *Ninth World Congress of Sociology* (Uppsala, Suecia, agosto 1978), mimeografiado, 92 págs., y Jesús M. de Miguel, «Los países mediterráneos ante la reforma sanitaria», en *Doctor: Información Profesional* (abril 1976), págs. 8-23. El caso más importante de «socialización» es quizá el *National Health Service* británico. A este respecto puede verse: Margaret Stacey (comp.), *The Sociology of the National Health Service* (Keele, University of Keele, 1976); Paul F. Gemmill, *Britain's Search for Health: The First Twelve Years of the National Health Service* (Filadelfia, University of Pennsylvania Press, 1960); Harry Eckstein, *The English Health Service: Its Origins, Structure, and Achievements* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1958); Odin W. Anderson, *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden, and England* (Nueva York, Wiley, 1972); Almont Lindsey, *Socialized Medicine in England and Wales: The National Health Service, 1948-1961* (Chapel Hill, The University of North Carolina, 1962), y Rosemary Stevens, *Medical Practice in Modern England: The Impact of Specialization and State Medicine* (New Haven, Yale University Press, 1966). Para el caso belga puede verse: Groupe d'Étude por une Réforme de la Médecine, *Pour une politique de la sante* (Bruselas, La Revue Nouvelle, 1971).

incluso llegar a (contribuir a) la socialización de la sociedad, tal y como proponen algunos comunistas italianos <sup>24</sup>.

*Es necesaria la unificación de los procesos sanitarios bajo la forma de una institución nueva y autónoma.* — Esta cuarta tesis afirma que el desarrollo socioeconómico demanda la unificación del sector público sanitario, y que esto sólo puede realizarse con la creación de una nueva institución (ya sea Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, etc.), que debe ser autónoma respecto de otros sectores sociales y políticos.

Entre los *razonamientos* que llevan a esta afirmación está el axioma de que sólo se resuelven problemas sociales creando instituciones nuevas, no tratando de reorganizar las ya existentes. Por otro lado el desarrollo socioeconómico de la sociedad moderna conlleva inexorablemente una complejidad burocrática del sector público, que requiere una toma de decisiones centralizada y más eficiente. Para evitar confusiones y conflictos la unificación debe (a ser posible) ser autónoma, con independencia de otros sectores públicos. La unificación produce automáticamente una disminución de los desequilibrios sanitarios dentro de la población, y una reducción efectiva del coste de estos servicios, permitiendo una planificación más real. Lo importante es que todos los temas sanitarios sean manejados por una sola institución, y no por varias, y que la autoridad sea así sobre el sector en forma global. No importa que esta institución *no* incluya el sector privado, pues al ser tan potente puede minimizar los efectos desequilibrantes del sector privado. En resumen, el tema no son las relaciones de los sectores privado/público, sino la creación de un sector público unificado.

Los *protagonistas* de esta ideología han sido indistintamente la izquierda y la derecha. Hace unos años, ambos grupos coincidían en que un «Ministerio de Salud» era el *deus ex machina* que necesitaba el sector sanitario para resolver todos sus problemas <sup>25</sup>. A partir de 1974 la derecha continuó con esta tesis, y finalmente logró la creación del

---

<sup>24</sup> Ésta ha sido la posición de algunos líderes del P.C.I. Véase: Giovanni Berlinguer, *La sanità pubblica nella programmazione economica* (Roma, Leonardo Edizione Scientifiche, 1964); *Sicurezza e insicurezza sociale* (Roma, Leonardo Edizioni Scientifiche, 1968); *Medicina e politica* (Bari, De Donato, 1973); Giovanni Berlinguer y Severino Delogu, *La medicina è malata* (Bari: Editori Laterza, 1959); Collettivo dell' Instituto Superiore di Sanità, *La salute e il potere in Italia* (Bari, De Donato, 1971); Severino Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica* (Turín: Giulio Einaudi, 1967); A. Seppilli y otros, *Significato di una riforma: Motivazioni e finalità del progetto di riforma sanitaria* (Roma, Il Pensiero Scientifico, 1972). Compárense estas posiciones con el Programma D. C., *La riforma sanitaria* (Roma, Edizioni Cinque Lune, 1971).

<sup>25</sup> Compárense, por ejemplo, dos números extraordinarios de la revista *Cuadernos para el Diálogo*: «La crisis de la medicina en España: Médicos, medicina, sociedad», extra núm. 20 (1970); y «El derecho a la salud», extra núm. 46 (1975).

Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en 1978<sup>26</sup>; la izquierda acuñó el término nuevo de «Servicio Nacional de Salud», siendo todavía en estos momentos su tesis más defendida<sup>27</sup>.

Los efectos de esta tesis son numerosos, pues desvía la atención de los temas importantes hacia discusiones semánticas. Los problemas sociales se reducen a pretender crear una institución pública nueva (que cada grupo sueña con dominar y controlar) de carácter únicamente sanitario, y autónoma. En general las discusiones son sobre el nombre y no sobre el contenido, como ha sucedido luego con el *Centro de Salud*. Los nombres van a su vez rotando, según se va perdiendo la esperanza; así por ejemplo, la izquierda pasó de defender el término «Ministerio de Salud», al de «reforma sanitaria», de este al de «ruptura sanitaria», y luego al mítico «Servicio Nacional de Salud». El esfuerzo no se dirige a reformar instituciones actuales o a la distribución presente de recursos, sino a crear una institución utópica (en su sentido más literal), por lo general mal copiada de otros modelos foráneos, con poca imaginación, y sin amoldarse a las realidades de la estructura del país y los recursos existentes. Los términos «Ministerio de Salud» o «Servicio Nacional de Salud» son utilizados como armas arrojadizas, con sentidos y significados mágicos. Pocas veces se discuten seriamente sus contenidos, y, cuando así se intenta, suele reducirse a unas ideas muy generales, normalmente olvidando los temas importantes, detallando aspectos irrelevantes, y copiando modelos extranjeros traduciéndolos mal. En general, son modelos para atraer votos o simpatías políticas, y no modelos reales de cambio social.

La unidad y centralización de decisiones pueden, de hecho —y así ha sucedido—, aumentar los desequilibrios sociales y los regionales. Por otro lado, la autonomía centralista supone la falta de control (no sólo social sino del propio gobierno) y la excesiva tecnificación y medicalización de los temas sanitarios. Esta situación puede degenerar en autoritarismo, centralismo, e irresponsabilidad. El coste no disminuye necesariamente, sino que una institución nueva, con cuerpos nuevos, supone un gasto adicional, dado que muchas de las instituciones y per-

---

<sup>26</sup> La defensa apareció en los tres primeros Planes de Desarrollo (1964-1975), así como en el informe al gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria en 1975 (véase la nota 1). El «Libro Blanco» propugna también la creación de un ministerio autónomo. Tradicionalmente la sanidad había estado en manos falangistas, y el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social recoge todavía en 1978-1979 esta tradición.

<sup>27</sup> Los tres documentos primeros son: Ramón Espasa y otros, *La sanidad hoy: Apuntes críticos y una alternativa* (Barcelona, Avance, 1975), 147 págs.; Nolasac Acarín y otros, *La salud, exigencia popular* (Barcelona, Laia, 1976), 152 págs., y Nolasac Acarín y otros, *El servei nacional de salut: Una alternativa democràtica* (Barcelona, Laia, 1977), 123 págs. Los tres representan la posición comunista catalana. La posición de los socialistas puede verse en Jordi Gol y otros, *Salut, sanitat i societat* (Barcelona, 7 x 7 Edicions, 1977), 253 págs.

sonal anteriores continúan. Estos cambios pueden favorecer incluso ciertos aspectos de corrupción. Con todo esto, cada vez el sector privado y público son más independientes en su planificación y política, sin que el sector público pueda controlar ni utilizar el privado.

La *refutación* de esta tesis se ha mostrado como real en los últimos años; durante bastante tiempo tanto la derecha como la izquierda habían pedido insistentemente la creación de un Ministerio de Sanidad (cuyo primer antecedente estaba en el *Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad* de 1935). Cuando el gobierno posfranquista accedió por fin a la creación, en 1978, de un *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*, éste no sólo no resolvió los problemas anteriores sino que creó algunos otros: privatizó sectores de la sanidad, tuvo conflictos adicionales con el personal hospitalario y ambulatorio, se enfrentó con el sector privado, elevó el coste de la asistencia, etc. El desencanto de la izquierda fue fulminante, pues había supuesto que un Ministerio así produciría una mejora cualitativa de la asistencia. De aquí se puede deducir que invenciones semánticas, y no estructurales, tampoco producirán, necesariamente, efectos beneficiosos en el futuro <sup>28</sup>. La mayor parte de los modelos sanitarios hasta 1983 son absolutamente idealistas, y nunca definen cómo se va a llegar de la realidad presente a la futura, ni qué va a suceder con el capital (humano y de equipamiento) presente en el modelo futuro <sup>29</sup>. Lo que sí defienden los autores es que serán ellos mismos los que manden en, y controlen, el nuevo sistema. No queda claro por qué los diseñadores actuales tienen que ser los políticos del futuro. Puede incluso suceder que la izquierda termine realizando dentro de unas décadas —y dentro de un sistema capitalista— lo que la derecha no se atreve a realizar, que es crear un servicio público sanitario para la mayoría de la población <sup>30</sup>. No obstante, los dos años de go-

---

<sup>28</sup> Una crítica similar aparece en Jordi Gol y otros, *La sanitat als Països Catalans*, op. cit.; en Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma*, op. cit.; «Planificación y reformas sanitarias de la sociedad española», en *Doctor: Informació Profesional* (febrero 1976), págs. 64-79; «Unanticipated consequences of economic development: Health underdevelopment in Europe», en *Sixth Conference on the Atlantic Community* (Washington D.C., febrero 1975), mimeografiado, 49 págs., y Benjamin Oltra, y Jesús M. de Miguel, «Sistema sanitario y cambio social: Un modelo de *path analysis* para el caso de España», en *Papers: Revista de Sociologia*, núm. 5 (1976), págs. 55-99. Véase, además, la parte cuarta, «Proyectos de reforma sanitaria», págs. 345-452, en Jesús M. de Miguel (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*, op. cit.

<sup>29</sup> Una excepción a esta regla es la coetánea Jordi Gol y otros, *Salut, sanitat i societat*, op. cit.

<sup>30</sup> Esta misma asociación es defendida para el caso de Italia por Giovanni Jervis, «Pratica medica e controllo sociale», págs. 41-56, en *Collettivo dell'Instituto Superiore di Sanità* (comps.), *La salute e il potere in Italia* (Bari, De Donato, 1971). Un análisis sociológico aparece en Jesús M. de Miguel, «Policies and politics of the health reforms in southern European countries», op. cit.

bierno socialista tampoco parecen haber resuelto ninguno de los grandes problemas pendientes.

*El presupuesto sanitario público es bajo, y debería aumentarse.* — Esta quinta tesis, como algunas anteriores, consta en el fondo de dos afirmaciones conexas: que el presupuesto de gastos del sector sanitario de la administración pública es bajo, y que debería aumentarse para el bien de la salud de la población.

Los *razonamientos* de tipo sociológico y económico mantienen una racionalidad progresiva. Se parte de considerar al sector sanitario como independiente del resto de la sociedad; afirmándose que puede ser analizado separadamente, e incluso planificado y organizado autónomamente. A la vez se acepta la idea de que cuanto más se gaste (es decir, cuanto más se consuma) en sanidad (productos farmacéuticos, operaciones, análisis clínicos, hospitalizaciones, etc.), mejor para el nivel de salud de la población, y por lo tanto mejor para la sociedad. Es importante tratar de aumentar el gasto público, con independencia de la posible organización interna de este sector público, sus fuentes de financiación, y la distribución de recursos obtenidos. El Estado debe colaborar —en el caso de España— en un porcentaje mayor en el presupuesto sanitario (aunque no necesariamente total) dentro del sector público, e incluso en el privado. El sector sanitario privado debe estar subsidiado en gran parte por el Estado, ya que cumple una función social necesaria. Las necesidades más imperiosas son las de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (por el sector más caro y especializado) y no tanto en la sanidad local (provincial o municipal) o sanidad pública. En resumen, se considera al sector sanitario como absolutamente prioritario, muy por encima de otros sectores de gastos público.

Los *protagonistas* de esta tesis aparecen normalmente en las visiones económicas (o economicistas) del sector sanitario, tanto de la derecha como de la izquierda, y no tanto en las aportaciones sociológicas o políticas. En el caso de la derecha, el aumento del presupuesto —con una elevación sensible de la aportación estatal— fue la política del *establishment* desde 1966 hasta 1979 aproximadamente<sup>31</sup>. En la iz-

---

<sup>31</sup> La reorganización más importante fue la transformación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, creado en 1942 y empezado a aplicar en 1944, en un sistema de asistencia sanitaria dentro de la Seguridad Social a partir de 1967. La Ley de Bases de la Seguridad Social (promulgada en 1963 y no aprobada hasta cuatro años después) supuso así un considerable superávit (del 18 por 100 en 1967) a añadirse al tradicional superávit del sector. Es decir, que mientras el S.O.E. (y luego la Seguridad Social) acumulaba superávit, las necesidades más imperiosas *no* se cubrían. El *Libro Blanco* pretende en 1977 adoptar la misma táctica, definiendo artificialmente una «crisis» del sector sanitario, con objeto de aumentar los presupuestos con un menor control. Conviene señalar que la definición de «crisis» es normalmente otro recurso político habitual para obtener más poder o presupuesto. En este sentido el sector sanitario público español ha permanecido endémicamente en crisis a lo largo de todo el siglo.

quiera es la posición de algunos economistas con visiones limitadas del sistema social <sup>32</sup>.

Los *efectos* sociales de esta estrecha visión economicista han sido varios. En general los problemas que van apareciendo en el sector se intentan solucionar con un mayor gasto adicional, y no con una redistribución de recursos de unos sectores a otros, o con una mejor planificación que defina sectores prioritarios. Dado que en realidad no existe una tradición presupuestaria del sector sanitario público (salvo muy tímidamente a partir de 1981), este sistema ha supuesto gastos siempre superiores a los planeados. Cada vez crece más el presupuesto de la Seguridad Social en relación con el de otros sectores públicos (dentro y fuera de sanidad), y muy por encima de la sanidad pública, la medicina preventiva, y la asistencia mental. Incluso algunas veces la Seguridad Social ha pretendido acaparar también esos tres sectores, solicitando para ello *más* presupuesto y admitiendo *menos* control. Se exige una mayor participación de los presupuestos generales del Estado en los gastos de la Seguridad Social, aparte de las cuotas de los trabajadores que se conservan constantes e incluso aumentan, dedicándose luego un mayor gasto a sanidad frente a pensiones o paro (en donde los beneficiarios directos son los trabajadores y no el complejo industrial bio-médico-hospitalario-farmacéutico). No existe una política de disminuir la aportación de la población, sino que sucede todo lo contrario, es decir, que aumentan las cuotas, y la aportación directa en el consumo farmacéutico (además de las cuotas).

En general, no se introducen cambios para obtener una mejor organización interna, sino que se intentan solucionar los problemas que van apareciendo con una mayor dotación de recursos, que posteriormente a veces no se utilizan, o no se utilizan eficazmente. Por ejemplo, a nivel de la relación médico-paciente, a veces parece que no se trata de diagnosticar mejor (o simplemente «diagnosticar»), sino de recetar más, intervenir quirúrgicamente en más casos, y hospitalizar a más pacientes. No se definen sectores prioritarios ni alternativas, pues se considera que la solución no consiste en administrar más racionalmente (lo que por otro lado disminuiría la posible corrupción) o redistribuir mejor los recursos, sino en aumentar los presupuestos totales. Los pacientes generalmente se ven, e incluso se tratan, pero no se diagnostican ni se curan.

El gasto añadido como consecuencia del aumento del presupuesto se canaliza cada vez más hacia los intereses del sector privado (hospitales, profesionales, farmacia, industria farmacéutica, equipamiento,

---

<sup>32</sup> Véanse, por ejemplo, Carme Sans, pág. 86 y *passim*, en Ramón Espasa y otros, *La sanidad hoy* (Barcelona, Avance, 1975), y Joaquim Vergés, *La Seguridad Social Española y sus cuentas* (Barcelona, Ariel, 1976).

etcétera) y no necesariamente hacia la población; hacia hospitales, y no hacia la atención primaria de salud. A la larga el exceso de consumo sanitario produce más enfermedad y una disminución del nivel de salud de la población, pero un mayor lucro de los grupos privados. Desde esta perspectiva económica estrecha no se cuestiona ni la participación de la población ni el control democrático del sector público, sino que se considera que antes deben solucionarse los problemas financieros.

La *refutación* de esta tesis se basa en la experiencia española de las últimas décadas, y en la comparación de sistemas sanitarios en países capitalistas (como los U.S.A. *versus* Reino Unido). Hay que reconocer que el sector sanitario no es más que uno entre varios gastos sociales, y debe repartir su presupuesto entre ellos. El presupuesto relativo actual, en relación, por ejemplo, con el gasto en subsidios de paro o pensiones (un tercio aproximadamente), es excesivamente alto. No se suele indicar tampoco qué presupuestos sociales deben disminuir (relativamente) para que pueda aumentar el sanitario. En el caso de la sanidad no se trata de gastar más, sobre todo si ese gasto adicional es yatrógeno o si sólo redundaría en un mayor lucro del sector privado o del despilfarro público, sino de reorganizar mejor los recursos actuales. Es paradójico que coincida el proceso de democratización con la necesidad de recortar el gasto sanitario, pues esta democratización va a suponer seguramente unas mayores demandas de los grupos que trabajan en, o para, el sector sanitario público (y las demandas serán mayores cuanto más poder relativo mantengan dentro del sector, lo contrario de lo que convendría esperar) y unas mayores demandas de la población. Es posible, pues, que la redistribución de recursos, y su aumento, si se produce, beneficie a los grupos que ya estaban más beneficiados, y perjudique a los más desasistidos. Con todo ello se pone en duda que un mayor gasto/consumo redunde en un mayor nivel de salud de la población <sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Ésta es la base de la crítica al sistema de los Estados Unidos (un mayor gasto desde la perspectiva británica (una mejor administración del gasto). Véase Jesús M. de Miguel, «La sanidad crisis número uno en U.S.A.», en *Doctor: Política Profesional*, núm. 134 (1978), págs. 28-37, y el número extraordinario sobre «Comparative Health Systems», en *Inquiry*, vol. 12, núm. 2 (1975). Es ilustrativo para el caso español el artículo sobre «Cuentos y cuentas de la Seguridad Social», op. cit.; «Análisis sociológico del sector farmacéutico en España», op. cit., «Tendencias mundiales en los servicios sanitarios para enfermos mentales», en *Revista Internacional de Sociología*, núm. 17 (1976), págs. 95-131, y Jesús M. de Miguel, y Benjamín Oltra, «Para una sociología de la salud mental en España», en *Revista Española de la Opinión Pública*, núm. 23 (1971). Un caso concreto de consumo yatrógeno aparece en Jesús M. de Miguel, «N.M.S.R. y el tabaco: Un análisis sociológico y epidemiológico», en *Revista Española de la Opinión Pública*, núm. 33 (1973), págs. 189-230. El análisis comparativo más elaborado aparece en *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.

*La regionalización sanitaria hará desaparecer los desequilibrios sanitarios actuales.* —Según la sexta tesis, las enormes desigualdades del nivel de salud de la población se resolverían con la introducción del modelo de regionalización sanitaria, es decir, la planificación de servicios sanitarios públicos conforme a una red territorial articulada.

Los *razonamientos* que llevan a esta tesis parten de considerar que sólo existe un modelo válido de regionalización sanitaria (se habla siempre de «la regionalización») y de lo que se trata es de definir ese modelo ideal único. Por otra parte se entiende que los desequilibrios del nivel de salud en la población se deben a faltas en la estructura de la asistencia sanitaria (especialmente del sector público) y no a la estructura social global del país. Es decir, que el sector público puede solucionar por sí sólo los problemas de desigualdad sanitaria, independientemente de lo que haga el sector privado o el resto de la estructura social del país. La regionalización de los servicios sanitarios (del sector público únicamente, se entiende) es la medida sanitaria más eficiente para resolver los problemas actuales del sector. *La regionalización sanitaria* producirá automáticamente una reducción de las desigualdades sanitarias por clases sociales, regiones y provincias, y estratos rurales-urbanos. A nivel local la única solución posible sería la creación de «Centros de Salud», cuyo modelo se aplicaría a todas las regiones, y estratos de urbanización. Lo más urgente es que los técnicos definan lo antes posible el «Mapa Sanitario» ideal, por provincias, sin tener demasiado en cuenta el equipamiento actual del sector público, ni su funcionamiento, ni el del sector privado (este último se suele desconocer casi íntegramente).

Tanto la derecha como la izquierda son de nuevo *protagonistas* de esta tesis errónea. El tema de «la» regionalización fue patentado antes por el propio gobierno, a finales de los años sesenta, y se concretó sobre todo en el tercero y cuarto Plan de Desarrollo Sanitario, y otros documentos oficiales posteriores<sup>34</sup>. La izquierda prosiguió luego con el tema, definiendo modelos curiosamente similares a los del gobierno. Existe además una experiencia prolongada de realización de «mapas sanitarios», durante más de medio siglo, sin que la calidad haya aumentado —más bien lo contrario—<sup>35</sup>. Tanto los modelos de la de-

---

<sup>34</sup> Donde aparece más claro es en el IV Plan de Desarrollo Sanitario (citado anteriormente en la nota 1) anterior a las formulaciones de la izquierda. Véase una crítica en Jesús M. de Miguel, «Crítica del cuarto plan de desarrollo sanitario», en *Doctor: Política Profesional*, 128 (1977), págs. 46-52, y *Sociología de la Medicina*, op. cit. Es particularmente indicativo también el *Libro Blanco*, y el informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la reforma Sanitaria.

<sup>35</sup> Compárese, por ejemplo, el mapa de la página 106 con los de las páginas 69 y 73 en Nolasac Acarín y otros, *El servei nacional de salut*, op. cit. Existió un modelo en la Mancomunidad catalana en 1917; el de la Generalidad fue elaborado hacia 1933 por la Conse-

recha como los de la izquierda han tenido pocas dosis de realismo, consistiendo en copias poco imaginativas de modelos foráneos de difícil aplicación práctica a la estructura social española. Algunos modelos, además, se han desentendido del resto de la Península, cayendo repetidamente en la pauta de *misplaced concreteness*<sup>36</sup>.

Entre los *efectos* sociales de esta tesis, se observa el énfasis de los programas de reforma sanitaria (los de la izquierda incluso con más insistencia) en un modelo de regionalización como la solución de todos los males, con el convencimiento de que puede llegar incluso a disminuir la desigualdad del nivel de salud según grupos de población sin llegar a cambiar la estructura social del país. Los modelos suelen definirse con independencia absoluta del equipamiento actual, sin tener en cuenta los recursos que existen ya en el país, y sin definir tampoco cómo se puede pasar de la estructura sanitaria actual al modelo ideal propuesto. No existe un planteamiento realista de los costes de la regionalización propuesta, ni en el *establishment* ni en la oposición. El modelo se suele presentar en forma de un «mapa», realizado por técnicos (generalmente médicos) sin contar con la estructura administrativa actual, ni la decisión de la población. Se plantea generalmente en forma centralista, sin razonar los criterios técnicos. El sector privado no se suele tener en cuenta, ni para contar con sus instalaciones y recursos, ni para predecir su conducta frente al modelo regionalizado, aun cuando ambos factores pueden hacer variar sensiblemente una regionalización sanitaria racional.

En general las desigualdades por clase social y por regiones persisten, y en el caso de aplicarse el modelo regionalizado podrían incluso llegar a aumentar; caso que nunca se analiza en los proyectos de regionalización. La terminología de «Centros de Salud» coincide en casi todos los modelos —lo mismo en la izquierda que en la derecha—, pero varía considerablemente en su estructura interna. En realidad nunca se razona su composición interna, ni se explica cómo y quién decide sobre la misma (ni en nombre de quién). Tampoco se define su relación con los actuales ambulatorios, médicos-titulares y de A.P.D., consultorios públicos y privados, etc. En resumen, los modelos de re-

---

lteria de Salut Pública i d'Assistència Social. El de Ignasi Aragó y otros, puede verse en *Plan de regionalización hospitalaria en Catalunya y Baleares* (Barcelona, Diputación de Barcelona, 1970). En estos momentos hay diversos «mapas» en preparación.

<sup>36</sup> Por ejemplo, Nolasac Acarín y otros, *El servei nacional de salut*, op. cit.; Jordi Gol y otros, *Salut, sanitat i societat* op. cit.; Ferrán Martínez Navarro, *Estructura i malaltia*, op. cit., y Primeres Jornades de Sanitat del P.S.U.C., *Ponències i comunicats*, op. cit., entre otros. La crítica más completa aparece en el capítulo 6 «Modelos alternativos de la oposición» en Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma*, op. cit. El último mapa sanitario es el del Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, *Mapa sanitario de la comunidad autónoma vasca* (Bilbao, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1982), 291 págs.

gionalización sanitaria contribuyen a menudo a la tecnificación de la reforma sanitaria, concentrando muchas veces la decisión en manos médicas, y exhibiendo un alto grado de autoritarismo —tanto en la derecha como en algunos modelos de la izquierda.

Como *refutación* de la tesis hay que tener en cuenta que la experiencia enseña (sobre todo para los casos de Latinoamérica) que la mera regionalización no hace desaparecer los desequilibrios del nivel de salud de la población (ni clases sociales, ni estratos rurales/urbanos) sobre todo si no se articulan mecanismos adicionales, y correctores, del modelo de regionalización<sup>37</sup>. Estos modelos realizados centralistamente, sin participación real de las regiones y la población, sin tener en cuenta el sector privado, y sin calcular su (enorme) costo con un cierto detalle, están llamados a ser una fuente más de desigualdad y no lo contrario. Estos modelos sirven generalmente como un elemento de poder para un grupo determinado, y no tratan seriamente de resolver la problemática sanitaria real. Contribuyen además a no entrar a tratar los verdaderos temas (diferencias por clase social, sexo y edad, por ejemplo) y a desviarse con la discusión *sine die* de detalles técnicos siempre debatibles y opináticos. Existen planes de regionalización desde 1917 (el primero fue el de la Mancomunidad en Cataluña) sin que ninguno de ellos haya supuesto ningún adelanto especial, y sin que se haya aplicado ninguno de ellos.

En los modelos de regionalización sanitaria no se suele plantear la necesidad de crear un fondo de redistribución regional de recursos sanitarios, básico para llegar a un equilibrio<sup>38</sup>. Tampoco se tiene en cuenta la administración territorial actual, ni de los servicios de asistencia social y sanitaria presentes en el «mapa» actual. El problema más agudo es la falta de conexión entre el sistema regionalizado futuro (que se refiere siempre al sector público) y el no-regionalizado ni fácilmente regionalizable (el sector privado). Finalmente, tampoco se defi-

---

<sup>37</sup> Véase el libro de John Bryant, *Health and the Developing World* (Ithaca, Nueva York, Cornell University Press, 1969); H. E. Hilleboe y otros, *Approaches to national health planning* (Ginebra, O.M.S., 1972), y Ray H. Elling, *National Health Case: Issues and Problems in Socialized Medicine* (Chicago, Aldine, 1971). El caso yugoslavo es especialmente interesante por el cambio en su sistema de planificación regional a partir de los años sesenta; Albert Waterston, *Planning in Yugoslavia* (Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1962); Centar za Demografska Istraživanja, *Šema stalnih rejona za demografska istraživanja* (Belgrado, Institut Društvenih Nauka, 1963), y F. E. Ian Hamilton, *Yugoslavia: Patterns of Economic Activity* (Nueva York, Frederick A. Praeger, 1968). Un análisis del caso español y del yugoslavo se puede ver en Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.

<sup>38</sup> Una excepción puede verse en Jordi Gol y otros, *La sanitat als Països Catalans*, op. cit., pág. 91, cuando se señala como objetivo ideal: «La creación de un fondo de redistribución regional que actúe como un mecanismo de corrección de los desequilibrios territoriales» no sólo a nivel catalán sino de toda España.

nen los canales de participación (y por lo tanto menos aún los de control) de la población respecto del modelo regionalizado. A la postre, los modelos de regionalización en discusión actualmente *no* pueden considerarse siquiera como verdaderos planes de regionalización, con lo que la tesis no sólo puede considerarse errónea, sino inválida <sup>39</sup>.

*Faltan médicos en el país.*—La séptima, y última, tesis no es la menos importante de las siete. Afirma que en España en la actualidad existe todavía una carencia de médicos, y que conviene producir más médicos. (Se suele hablar de médicos refiriéndose a los dos sexos, aunque sin mencionar la carencia, o no, de médicas.)

En los *razonamientos* de esta tesis se parte de que el modelo de profesiones es todavía el más adecuado para el caso del sector sanitario, y más aún para aplicar la relación íntima de médico-paciente, que es lo que da origen a la asistencia sanitaria ideal. Se dice que en la actualidad no existe una plétora médica (es decir, un exceso del número de médicos) en España, y en realidad hay zonas con gran carencia de médicos, y por lo tanto el país necesita más médicos y más Facultades de Medicina. Por otro lado sobran camas hospitalarias, por lo que no es necesario que continúe el ritmo de construcción de nuevos hospitales (sobre todo de hospitales públicos y de la Seguridad Social). Todo médico, por el hecho de serlo, tiene derecho a un trabajo (bien remunerado, pues está realizando un bien al país y un servicio a la población. La profesión médica es una profesión especial (debido a su dedicación alta, y a su «sacerdocio»)) y requiere un apoyo especial por parte de la sociedad y del Estado. Su mayor —y más importante— dedicación debe verse reflejada en unos ingresos «dignos» y bastante más elevados que otros profesionales. Faltan, pues, médicos, con gran dedicación, y no médicas que trabajan menos horas y abandonan a menudo la carrera. También faltan médicos-especialistas, que puedan desarrollar la medicina a nivel internacional, y trabajen y se especialicen en hospitales.

Los *protagonistas* de esta ideología son de lo más variado: ciertos Colegios de Médicos, algunos grupos que se oponen al *numerus clausus* en las Facultades de Medicina, algunos modelos de izquierda sobre necesidades sanitarias, estudios que enfocan el tema de la sanidad rural,

---

<sup>39</sup> Un resumen del tema puede verse en Jesús M. de Miguel, «Problems for a regionalization of health services in southern Europe», págs. 333-352, en Christ Altenstetter (comp.), *Changing National-Subnational Relations in Health Opportunities and Constraints* (Bethesda, Maryland, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1978); «Social class and health structure in southern European countries» op. cit. Para el análisis del personal sanitario a nivel regional véase Jesús M. de Miguel, *La reforma sanitaria en España: El capital humano en el sector sanitario* (Madrid, Cambio 16, 1976); la distribución de la población y su mortalidad/morbilidad en Jesús M. de Miguel, *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid, Tecnos, 1973).

y en general todo tipo de análisis que observan el tema de las necesidades de médicos con indiferencia de otros sectores sociales, del nivel de desarrollo del país, y de la estructura del sector sanitario <sup>40</sup>.

Los *efectos* de creer en la tesis de que «faltan médicos en el país» han producido un exceso de médicos, con un porcentaje elevado en paro, además de un progresivo desequilibrio en su distribución, ya que un número creciente de médicos se concentran cada vez más en ciertos núcleos urbanos. En general, y salvo el limitado *numerus clausus* en las Facultades de Medicina, no se realiza una planificación pública de las necesidades de médicos en el país, pues se considera que la profesión médica se auto-regula y auto-distribuye. Tampoco se ha realizado a fondo un sistema de selección de estudiantes en las Facultades de Medicina. Todavía no se ha planteado ningún procedimiento de distribución de médicos a nivel regional, rural, y sector público en exclusiva, ni se cree que sea un problema a plantearse algún día en una economía de mercado, a pesar de que la mayoría de los médicos trabajan ya para el sector público. La creación de nuevas Facultades de Medicina no se ha realizado con un criterio de zonas con carencia de médicos, sino a veces al revés. Todo esto ha conducido a que la distribución de médicos empeore en vez de mejorar. Tampoco se han cambiado los objetivos del sistema —ni siquiera de las Facultades de Medicina—, con lo que existe una carencia considerable de médicos-generales (*versus* médicos-especialistas), y médicas. A ningún nivel se toman medidas de justicia compensatoria para obtener más médicas, a pesar de tener España todavía una proporción baja de médicas (mujeres).

No se crean muchas más camas públicas de hospital, y se frena el ritmo de construcción de centros sanitarios de la Seguridad Social (en números relativos). A pesar de la falta llamativa de camas en el país, apenas aumenta en números relativos (4,5 por 1.000 habitantes en 1949 y 5,4 en 1976), mientras que el porcentaje de camas privadas se mantiene constante (30 por 100 en 1949 y 32 por 100 en 1976). Como todo médico tiene derecho a un trabajo (bien) remunerado, el sector público se encarga de dar trabajo a todos los nuevos médicos, aunque sea necesario aumentar el número de especialistas, o disminuir la dedicación real, concentrándolos cada vez más en las áreas más desarrolladas y en las zonas más urbanas (precisamente donde existe ya una

---

<sup>40</sup> Por ejemplo, Nolasco Acarín y otros, *La salud, exigencia popular*, op. cit., en la izquierda, y Alfonso de la Fuente Chaos, «La Universidad y la plétora profesional de los médicos», en *Arbor*, núms. 163-164 (1959), págs. 345-360, en la derecha. Para un análisis más desapasionado véase Antonio Gallego, «Spain», págs. 77-86, en Elizabeth Purcell (comp.), *World Trends in Medical Education* (Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1971), y Jesús Villar Salinas, «Pasado, presente y futuro de la profesión médica», en *Revista Internacional de Sociología* (febrero 1949).

mayor concentración de médicos). En general se sigue apoyando un modelo de profesión monopolística, autónoma, y sin un control de la malpráctica.

En la *refutación* de esta tesis hay que partir de la idea de que lo importante *no* es el número de médicos en un país sino su distribución y dedicación real. A nivel global, y teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del país, en España sobran médicos y faltan camas, sobre todo camas en el sector de la Seguridad Social, suficientes para atender al 90 por 100 de la población, que es el porcentaje de afiliados. El tema ha sido demostrado ya en diversos estudios como para enfatizarlo aquí aún más<sup>41</sup>. El sistema de relación de médicos es clasista, faltan además médicas en números relativos, y la ideología es ampliamente machista<sup>42</sup>. La sociedad mantiene unos recursos limitados y no puede garantizar trabajo a una profesión que no se autolimita; tampoco puede garantizar un sueldo bastante más alto que el de otros profesionales, en base a cuestionables criterios de dedicación y servicio al público. Una profesión en que trabajan más del 60 por 100 de sus miembros para la administración pública debe pensar en aceptar una relativa funcionarización de sus miembros, con un control mayor del público. Mientras tanto, hay que reconocer que la distribución de los médicos es muy poco racional, que no existe una planificación, y que la situación se deteriora. Se pone en cuestión la verdadera esencia de los médicos como «profesión», según el concepto tradicional<sup>43</sup>. Su

---

<sup>41</sup> El estudio más detallado sobre el personal sanitario, incluyendo médicos y estudiantes de medicina, en 262 páginas, es el libro Jesús M. de Miguel, *La reforma sanitaria en España* op. cit., que fue un informe realizado para la Dirección General de Sanidad en 1976. Véase, además, Fundación F.O.E.S.S.A. (comp.), *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid, 1970), especialmente las páginas 751-831 relativas al capítulo 13 de «Sanidad», y el libro Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.

<sup>42</sup> Amando de Miguel, «La profesión médica en España», en *Papers: Revista de Sociología*, núm. 5 (1976), págs. 147-182; Carmen Domínguez-Alcón y Jesús M. de Miguel, «La justificación médica de la desigualdad sexual: Ideologías de los ginecólogos españoles sobre la mujer», en *Doctor: Política Profesional*, núm. 131 (1977), págs. 54-60, y núm. 132 (1977), págs. 56-65.

<sup>43</sup> Pueden verse mis estudios: «El futuro de los médicos en España», en *Doctor: Política Profesional* (noviembre 1976), págs. 61-71; «Estructura de la profesión médica española», en *Doctor: Política Profesional* (octubre 1976), págs. 29-40; «Capital humano de los hospitales españoles», en *Doctor: Información Profesional* (septiembre 1976), páginas 42-57; «The role of the medical profession in non-democratic countries: The case of Spain», op. cit.; «La educación médica en los países mediterráneos», en *Doctor: Información Profesional* (enero 1976), págs. 8-18, y «Poder y democracia en las asociaciones profesionales médicas: el caso de A.M.A. y la B.M.A.», en *Revista de Estudios Políticos*, núms. 200-201 (1975), págs. 137-175. Desde un punto más teórico puede verse, además, «La relación sociedad-médico-enfermo», en *Tauta: Medicina y Sociedad*, núm. 23 (1974), págs. 7-17, y el prólogo al libro Eliot Freidson, *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado* (Barcelona, Península, 1978), págs. 5-7.

transformación haría variar no sólo la definición de la presente tesis, sino la estructura de todo el sector sanitario, y al final la formulación de las otras seis tesis erróneas.

#### UNA ALTERNATIVA SOCIOLÓGICA.

Falta una formulación sociológica de la política sanitaria española, por lo que nuestro desconocimiento sobre la dinámica del sector sanitario es considerable <sup>44</sup>. La falta de información es mayor aún respecto del sector privado, en que no sabemos ni el número de pacientes totales que se ven, ni sus tratamientos, ni la evolución de sus procesos patológicos. En tanto no se realice un estudio exhaustivo sobre este sector, será difícil planificar una reforma efectiva de la sanidad en España. No hay soluciones fáciles, e incluso algunos problemas no tienen solución. Plantear una alternativa al sector sanitario actual no consiste, pues, en definir otro modelo, más o menos ingenuo, sino en plantear una metodología para llegar a cambiar la estructura actual de desigualdad sanitaria que existe. Uno de los objetivos de la Sociología es precisamente el de definir los problemas metodológicos de las alternativas sanitarias, y estudiar los conflictos en los procesos de cambio social en relación con el sector sanitario, su planificación, sus políticas.

Para empezar conviene analizar el sector sanitario como dependiente de la estructura social y política del país, y no como una institución aislada del resto de la sociedad. En este sentido hay que reconocer que el modelo típico de un sistema de mercado libre («cuanto más consumo, mejor») no es aplicable al sector sanitario, en donde un consumo indiscriminado puede ser yatrógeno, o difícilmente financiable. Además, conviene considerar al sector sanitario como un resultado de un proceso histórico, y no como un resultado de la acción voluntarística de determinados individuos. Por ejemplo, es frívolo (científicamente hablando) afirmar que la estructura del sector sanitario se debe casi enteramente a la personalidad, por ejemplo, de Girón o de Sánchez de León, o de Lluch. La privatización del sector sanitario no se produjo de pronto por una decisión ministerial en 1979, sino que

<sup>44</sup> El estudio más completo podía ser el libro de Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma*, op. cit.; y para el tema del personal sanitario, *La reforma sanitaria en España*, op. cit.; para la distribución de los recursos sanitarios, *Health in the Mediterranean Region*, op. cit.; los aspectos más teóricos aparecen en *Sociología de la Medicina*, op. cit.; y los de planificación, en Jesús M. de Miguel (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*, op. cit. Para el caso concreto de Cataluña la pieza clave es el breve estudio de Jordi Gol y otros, *La sanitat als Països Catalans*, op. cit.

es un proceso que puede ser medido con precisión, y que empezó en 1971 <sup>45</sup>.

No conviene considerar las reformas sanitarias como dependientes de la racionalidad o bondad de un modelo utópico, sino de la eficacia del grupo en el poder. Tampoco es racional considerar una reforma como imposible *per natura*, cuando luego la experiencia puede desmentirlo. El que no existan modelos reales en el mundo, tampoco significa que no puedan aplicarse al caso de España, sobre todo cuando cuenta ya con un modelo mixto tan peculiar. El que existan otros modelos en otros países, no significa que puedan ser aplicados fácilmente a España. Claro está que ningún modelo alternativo puede llegar a aplicarse si no se ha definido como tal modelo, o si sólo se ha definido parcialmente, o con poca seriedad. Por otro lado, los modelos con meros cambios semánticos *no* son modelos alternativos, a menos que incluyan cambios estructurales. La democracia de un modelo alternativo no depende de su justificación ideal, sino del modo democrático en que haya sido formulado. En definitiva, el modelo que siempre se aplica no es el mejor (si es que es posible definir esta categoría), ni el más ideal, ni el más racional, sino aquel que es apoyado por los grupos con más poder. Precisamente por ello, cualquier alternativa que lesione, los intereses de grupos con mucho poder dentro del sistema, no puede ser aplicada sin entrar en conflicto con dichos grupos. Ninguna alternativa puede tener éxito si ignora los recursos actuales existentes, los procesos por los que se va a realizar la transformación del modelo actual alternativo, y sin planificar las relaciones del sector público con el privado <sup>46</sup>.

Teniendo en cuenta todas, o algunas, de estas proposiciones metodológicas, se puede afirmar que el proceso de reforma democrática del sector sanitario, a partir de finales de 1982, es todavía muy débil.

---

<sup>45</sup> La política sanitaria más reciente en esta dirección puede verse en: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *El sistema español de Seguridad Social ante una nueva etapa* (Madrid, M.S.S.S., 1977); Gerardo Clavero, *Análisis de la situación sanitaria española* (Madrid, M.S.S.S., 1977); Enrique Sánchez de León, *Sanidad y democracia* (Madrid, M.S.S.S., 1978); Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Política de sanidad y seguridad social: Criterios para una reforma* (Madrid, M.S.S.S., 1978); Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Política de sanidad y seguridad social: La normativa del proceso de reforma* (Madrid, M.S.S.S., 1978); Enrique Sánchez de León, *Modelo político y reforma sanitaria* (Madrid, M.S.S.S., 1978); Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, *Política farmacéutica de la Seguridad Social: Problemática, resultados, objetivos* (Madrid, M.S.S.S., 1978), y Manuel Evangelista, *Medicina y sociedad: La reforma sanitaria* (Madrid), Instituto Nacional de la Salud, 1981). Véase además Jesús M. de Miguel, *Estructura del sector sanitario español* (Madrid, Tecnos, 1983).

<sup>46</sup> Una colección reciente de errores sobre la población y las políticas demográficas aparece en Amando de Miguel, *Diez errores sobre la población española*. (Madrid, Tecnos, 1982).

Empezó en 1971 con los conflictos en Oviedo, Málaga, Valencia y Barcelona (curiosamente, como ya se ha señalado en otra parte, siguiendo una pauta de periferia); las primeras reacciones de un cambio se empiezan a plantear en 1974; los primeros modelos alternativos se publican a partir de 1977; y en 1983 se instaura un *Ministerio de Sanidad y Consumo* socialista. Cuando se escriben estas líneas, no existe todavía un modelo sanitario serio y claro a pesar de que ya se conoce el borrador definitivo de la *Ley de Sanidad* (octubre de 1984).



## CAPÍTULO 13

### MODELOS DE PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN

El presente capítulo contiene una discusión sobre los posibles sistemas de participación de la población dentro del sector sanitario español. Se parte de un análisis de la *participación de la población*, con la problemática peculiar, el reconocimiento de las investigaciones anteriores, y el planteamiento de los diversos conceptos. En la segunda parte se analiza la *situación actual* española, resaltando siete problemas ideológicos básicos: la diferencia entre recursos y acceso, la creciente desigualdad sanitaria, la medicalización del sistema, la regionalización desde el centro, el control del sector público y la democratización del sector privado, la democratización desde arriba, y el mito de la medicina preventiva. En la parte tercera se realiza una breve *crítica de los modelos* sanitarios y de participación comunitaria. En la parte cuarta se proponen algunas *alternativas y estrategias* para potenciar la participación comunitaria. En concreto, se plantean cuatro alternativas: democracia desde arriba, tres niveles de democracia de base, la potenciación de los movimientos populares, y la democratización del sector privado. Finalmente, se proponen seis estrategias prácticas a nivel local: política realista y presente, aplicación de la ley, cambios estructurales, potenciación de organizaciones informales, política de reducción de desigualdades, y generación de datos y canales paralelos de formación. El análisis se encuadra dentro del objetivo principal, que es el de la Salud Para Todos (y todas) antes del año 2000.

#### PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA.

Con la crisis socio-económica de los años ochenta, y la necesidad de disminuir las desigualdades sociales y sanitarias con (relativamente hablando) menos recursos, la *participación* se sitúa como uno de los

temas más importantes dentro del sistema sanitario. A pesar de ello, es muy poco lo que sabemos realmente sobre este tema. A nadie extrañará que en la península ibérica sea precisamente la periferia quien haya realizado el mayor avance —aunque todavía limitado— en la formulación de un modelo de participación comunitaria en el sector sanitario español.

La paradoja es que *el régimen franquista tendió a la socialización del sector sanitario, y la democracia (hasta 1983) lo privatizó*<sup>1</sup>. El tema de la participación comunitaria es la verdadera cenicienta de los planes de reforma sanitaria. Se habla del tema pero ningún grupo —ni en el gobierno ni en la oposición— ha concretado las formas de tal participación,<sup>2</sup> a pesar de admitir que «conviene especificar los canales efectivos de participación, toma de decisiones y control, y no reducirse a principios generales idealistas»<sup>3</sup>.

El programa sanitario socialista consideraba que «los ciudadanos han de participar a todos los niveles en los que se tomen decisiones que afecten o puedan afectar a la salud»<sup>4</sup>. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la salud sólo depende entre un 20 y un 30 por 100 de los servicios sanitarios existentes. Por ello la problemática de la participación comunitaria debe pasar por la responsabilidad de la población sobre su propio cuerpo, y la organización informal de individuos en la defensa y promoción de la salud. La propuesta típica es el control de los *trabajadores* sobre la estructura de la sanidad, pero no de los *consumidores*, o de la *población* (en realidad todos somos consumidores potenciales).

Históricamente el análisis de la participación comunitaria se ha centrado demasiado sobre la participación de los trabajadores sanitarios, y poco sobre la participación de la población. De hecho, se ha partido

<sup>1</sup> Para un análisis detallado de la política sanitaria, véase Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid, Akal, 1979), 258 páginas.

<sup>2</sup> Algunos de los estudios básicos son: Ramón Espasa y otros, *La sanidad hoy: Apuntes críticos y una alternativa* (Barcelona, Avance, 1975), 147 págs.; Alberto Infante y otros, *Cambio social y crisis sanitaria: Bases para una alternativa* (Madrid, Ayuso, 1975), 278 págs. Nolasac Acarín y otros, *La salud. exigencia popular* (Barcelona, Laia, 1976), 152 págs.; Nolasac Acarín y otros, *El servei nacional de la salut: Una alternativa democrática* (Barcelona, Laia, 1977), 123 págs.; Jacint Reventós y otros, *Salut, sanitat i societat* (Barcelona, 7 x 7 Edicions, 1977), 253 págs.; Jordi Gol y otros, *La sanitat als Països Catalans: Crítica i documentació* (Barcelona, Edicions 62, 1978), 192 págs., Carlos Borasteros, *Salud, enfermedad y sociedad* (Madrid, Forma, 1978), 141 págs.; Isaias Moraga y José R. Valdizán, *Proceso a la sanidad española* (Bilbao, Zero, 1979).

<sup>3</sup> Jesús M. de Miguel, «Reforma Sanitaria», págs. 571-576, en Javier Figuero y otros, *Las reformas urgentes* (Madrid, Taller de Ediciones J.B., 1976), pág. 576.

<sup>4</sup> P.S.O.E., *Sanidad y socialismo* (Madrid, Secretaría Federal de Formación del P.S.O.E., 1980), punto 3.3. Véase, además, Secretaría Federal de Acción Social del P.S.O.E., *Militancia socialista en la acción social* (Madrid, P.S.O.E., 1982), 286 págs.

siempre de la creencia en que los intereses de los trabajadores sanitarios, pacientes o usuarios, y población son coincidentes. Sin embargo, en muchas ocasiones sus intereses pueden ser distintos e incluso opuestos. ¿Cómo conseguir la participación de la población marginada, que obtiene menos ingresos, de alto riesgo, o con capacidades disminuidas?

Un impulso importante fue la celebración de las Primeras Jornadas de Salud y Política Local (diciembre de 1979), cuyas actas fueron publicadas como *Salud y Política Local*<sup>5</sup>. La idea principal era que las Corporaciones Locales jugaran un papel más importante en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y asistencia sanitaria. Se proponía al municipio como unidad de planificación y autogobierno sanitario. La democratización se llevaría a cabo mediante la creación de *Juntas de Gobierno* para la gestión de las instituciones, con representación de la administración sanitaria, ayuntamientos, usuarios, y trabajadores del sector sanitario. Junto a esas juntas se proponía la creación de *Consejos de Salud* a diversos niveles: barrio, distrito, pueblo, ciudad. Estarían compuestos por representantes de la administración, trabajadores del sector sanitario, y población. Sin embargo, el modelo no se ha desarrollado todavía. Pero incluso a nivel internacional la investigación sobre participación comunitaria ha sido magra. El programa de la O.M.S. sobre *Health For All* para el año 2000 todavía no ha conseguido un cambio del enfoque tecnológico y tecnocrático al de asistencia primaria y participación comunitaria<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Centro de Estudios de la Administración (comp.), *Salud y política local* (Madrid, C.E.A., 1980); 342 págs. El tema de la participación comunitaria aparece en Comisión de Sanidad de Mataró (comp.), «Organización democrática y control democrático de la salud a nivel territorial», págs. 271-285. De las *Segundas Jornadas Federales, de Salud y Política Local* destacan las ponencias de Felipe Solé Sabaris (págs. 143-145) con uno de los análisis críticos más importantes; la del centro Municipal de Getafe de carácter autogestionario (pág. 148), y la más técnica de Emiliano Azón (pág. 149-151).

<sup>6</sup> El documento de partida es: O.M.S., *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud Para Todos en el año 2000: Principios básicos y cuestiones esenciales* (Ginebra, O.M.S., 1979), 62 págs. La formulación es todavía algo vaga: «Deben adoptarse medidas para conseguir la participación libre y consciente de la comunidad, de modo que, sin perjuicio de la responsabilidad general que incumbe a los gobiernos por la salud de la población, los individuos, las familias y las comunidades asuman una mayor responsabilidad por su propia salud y bienestar, incluida la autoasistencia. Esa participación no sólo es deseable, sino que constituye una necesidad social, económica y técnica. En consecuencia, los gobiernos deberán idear medios apropiados para fomentar dicha participación, apoyándola, difundiendo de manera eficaz la información pertinente y estableciendo o fortaleciendo los mecanismos necesarios. Los gobiernos, las instituciones y los miembros de las profesiones sanitarias, así como los organismos interesados en la salud y el desarrollo, deberán adoptar, por tanto, medidas para informar al público en materia de salud con el fin de que la población pueda participar individual y colectivamente, como es su derecho y su deber, en la planificación, la ejecución y la vigilancia de las actividades relativas a su salud y al desarrollo social. Al establecer la estrategia correspon-

Un problema inicial es que los diversos conceptos se utilizan a veces indistintamente. Conviene en primer lugar distinguir entre *defensa de derechos, participación, control y autogestión*, como un gradiente de menor a mayor poder de la población dentro de un esquema general de participación. Segundo, los adjetivos a este *continuum* tampoco son intercambiables: *democrático*<sup>7</sup>, *popular, de la población, del pueblo, de base*; y mantienen connotaciones distintas que habría que diferenciar. En la práctica puede verse todo tipo de combinaciones. Finalmente, o en cuarto lugar, hay que distinguir básicamente entre organismos *consultivos*, es decir, de consejo o control pero no de decisión, y *ejecutivos* o de acción. Desgraciadamente, los nombres utilizados (consejos, juntas, comisiones, patronato, fundación, directores, jefes, plataformas) no siempre dejan claro el tipo de organismo que son.

### PROBLEMAS ACTUALES.

La situación actual del sistema sanitario español es problemática. No se sabe si va a seguir el modelo inglés o el francés; y en la duda, el sector sanitario público se ha ido privatizando en un proceso lento pero gradual que empezó en 1971 hasta 1983. Los problemas se multiplicaron, y, a pesar de la creación de un *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social*, en 1978, las diferencias sociales parecen haber aumentado en vez de disminuir.

Un problema que conviene dejar claro es que los *recursos* no significan necesariamente *acceso* a esos recursos; ni el acceso garantiza un mejor *nivel-de-salud* de la población; ni el mejor nivel global asegura una *menor desigualdad* sanitaria y social. La planificación que se viene realizando es relativa a los recursos, y no a las necesidades; situación que conviene cambiar lo antes posible. Se puede conseguir un sistema más justo con iguales o menores recursos, si se permite una mejor organización, un mayor control del sector privado, un menor dominio de la profesión médica, y una mayor participación comunitaria. La salud pasa por la verdadera recuperación del control de las personas sobre su propio cuerpo. Casi nunca se ha analizado el acceso de la po-

---

diente, cada país deberá tener en cuenta sus particularidades culturales y sociales y su propio sistema político. Puede ser útil, como parte de la participación de la comunidad en el proceso de formulación de políticas sanitarias nacionales, recabar el concurso, en las actividades locales, regionales y nacionales apropiadas, de dirigentes políticos, sociales y locales, así como de organizaciones, de la industria, de los medios laborales, de profesiones pertinentes y del personal de los medios de información pública» (páginas 17-18).

<sup>7</sup> La *democracia-de-base* incluye sistemas de convocatoria asambleística, información pública, sistemas de control de delegados, y creación de órganos intermedios.

blación (por clases sociales, sexo, edad, regiones) a un hospital o servicio sanitario determinado. *La participación comunitaria empieza por un mejor acceso y en sí es ya promoción de salud.* Así lo han entendido los británicos, quienes han dedicado una investigación importante, conocida como el *Black's Report* (creado como comité en 1977), para el análisis de las diferencias sociales dentro del *National Health Service* <sup>8</sup>.

El problema fundamental del sistema sanitario español es que *el acceso de la población a la asistencia sanitaria resulta inversamente proporcional a la necesidad de dicha asistencia.* Es decir, cuanto más necesaria es para alguien una buena atención sanitaria, menos posibilidades tiene de lograrla. La clase alta obtiene la mejor medicina privada y la mejor medicina pública. La paradoja es que, a pesar del incremento del gasto en el sector sanitario, en estos últimos años las desigualdades sanitarias no han disminuido <sup>9</sup>. No tenemos, sin embargo, un estudio conclusivo sobre el tema. Las mayores diferencias sociales se producen en el sector de *prevención* y en el de *educación sanitaria*; dos aspectos que deben ser enfatizados por un modelo de participación.

El hospital —sobre todo el hospital moderno y altamente tecnificado— es una parte del sistema sanitario, quizás la última, en donde el paciente no controla nada, e incluso ignora a veces su propio diagnóstico. A pesar del cambio de tercio que ha supuesto la crisis socio-económica de los ochenta hacia una sanidad más primaria, preventiva, barata, y aprovechando la responsabilidad del propio individuo, el sistema sanitario español está todavía altamente *tecnificado y medicalizado.*

Todavía en el gobierno y en la oposición se propugnan modelos de *regionalización*, realizados desde el centro y medicalizados. La participación de la población tan esencial en los procesos de planificación, y sobre todo en los de regionalización, parece estar ausente. El resultado son los *mapas sanitarios provinciales* realizados por iniciativa del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Nadie ha realizado todavía un análisis crítico global de esos «mapas». Todavía un amplio sector de técnicos en el sector sanitario considera que la *regionalización sanitaria* es la panacea de un sistema sanitario menos desigual. Es posible crear un

---

<sup>8</sup> Douglas Black y otros, *Inequalities in Health* (Londres, Department of Health and Social Security, 1980), 417 págs. Las conclusiones y recomendaciones (págs. 355-369) son de lo más sugerente. A pesar de la baja difusión inicial de este estudio, es quizá el más importante que se ha elaborado sobre su género, y una pieza esencial para definir una política de democratización del sector sanitario británico.

<sup>9</sup> Véase Jesús M. de Miguel, *Health in the Mediterranean Region* (Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, 1976), 2 vols., 758 págs.; así como *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Barcelona, Vicens Vives, 1978), 318 págs. y «Social class and health structure in southern European countries: A sociological critique», páginas 399-499, en Jean Claude Guyot y otros (comps.), *Santé, Médecine et Sociologie* (Paris, Centre National de la Recherche Scientifique, 1978).

sistema regionalizado que no disminuya las diferencias del nivel de salud (sociales, rurales-urbanas, por sexo, y edad), e incluso que las aumente. En algunos países los procesos de regionalización han servido para legitimar al grupo en el poder, para cambiar los rótulos de las instituciones que ya existían, o crear organismos que existen en el papel pero no en la realidad<sup>10</sup>. En teoría, una regionalización del sector sanitario potenciaría la gestión directa a nivel local. Sin embargo, la mayoría de los modelos de regionalización han sido centralistas; es decir, realizados desde Madrid (o desde Barcelona en el caso catalán) y con poca participación real de las regiones a las que se refiere. En resumen, la regionalización *per se* no es la solución total de un sistema sanitario desorganizado, sobre todo si esta regionalización no cubre a toda la población del país, o si convive con un amplio sector privado (no-regionalizado).

El sector público concentra todas las atenciones (tanto del gobierno como de la propia oposición). Sabemos poco o nada del sector privado, que ha logrado permanecer ignorado en todos los planes de desarrollo sanitarios<sup>11</sup>. El problema actual no es sólo el del control del sector público, sino el de la democratización del sector privado, y además la coordinación posible entre ambos sectores. De aquí se desprende que la participación comunitaria debe lograrse no sólo en el sector público (algo con lo que incluso el gobierno está de acuerdo), sino en el sector privado. Desde una perspectiva de participación de la población no tiene sentido considerar globalmente los recursos sanitarios sin diferenciar los públicos de los privados, pues el acceso es diferente<sup>12</sup>.

Los procesos de democratización del sector sanitario han sido lentos e incompletos. El principal defecto ha sido el de una democratización «otorgada», realizada desde el poder central. Esto ha supuesto

---

<sup>10</sup> Algunos proyectos de regionalización ignoraban las necesidades del resto de la península, no participaban de un modelo igual para todos, no demostraban que iban a reducir las desigualdades, y no proponían la creación de un fondo de redistribución regional. Se mantiene además la idea equivocada de diseñar un sistema de regionalización separado de la estructura administrativa real, y por lo tanto separado del resto de sectores socio-económicos y políticos, y de los de asistencia social. El último es el Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, *Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma Vasca* (Bilbao, Servicio central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1982), 291 págs.

<sup>11</sup> Jesús M. de Miguel, «The Spanish health planning experience 1964-1975», en *Social Science and Medicine*, núm. 9 (1975), págs. 451-459, y «Policies and politics of the health reforms in southern European countries: A sociological critique», en *Social Science and Medicine*, núm. 11 (1977), págs. 379-393.

<sup>12</sup> Departament de Sanitat i Assitència Social, *La sanitat a Catalunya* (Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1980), 330 págs.

la pauta de *pronunciamientos sanitarios* desde la periferia, comenzando aproximadamente en 1971 con la obra testimonial de Felip Solè Sabarís<sup>13</sup>, y con un mayor desarrollo en Cataluña y el País Vasco.

En cualquier caso, también es importante llamar la atención sobre el *mito de la medicina preventiva*. No es cierto que una mayor medicina preventiva reduzca de inmediato las diferencias de clase en los niveles de salud. Tampoco es cierto, necesariamente, que la medicina (o sanidad) preventiva sea barata, o más barata que la curativa (sobre todo, si se medicaliza). La experiencia enseña que las campañas de prevención y educación sanitaria (cáncer, tabaco, diagnóstico precoz, Interrupción Voluntaria del Embarazo) han sido más utilizadas por las clases altas que por las bajas; hasta el punto de que en campañas de *screening* quedan fuera precisamente las personas de riesgo elevado (normalmente de clase baja, y minorías étnicas o sociales). Está bien diseñar un sistema sanitario para la defensa y promoción de la salud positiva, y no para la reducción de la enfermedad; pero tan sólo si ello significa disminuir las diferencias sociales, no aumentarlas. Por otro lado, el mito de la medicina preventiva, o el de responsabilizar al individuo del cuidado de su propia salud, a pesar de su aparente modernidad esconde una trampa. Y es que ahora que el sistema capitalista occidental se considera incapaz de resolver los problemas desencadenados por él mismo, se trata de echar la culpa al propio individuo, y se le obliga a controlar la polución, correr (hacer *jogging*), cambiar de hábitos, comer distinto, auto-diagnosticarse, auto-explorarse, y realizar todo tipo de prácticas eufemísticamente denominadas como *self-help*.

## CRÍTICA DE MODELOS.

Lo primero que sorprende es que los modelos de reforma sanitaria en España (tanto del gobierno como de la oposición) se parecen bastante. Así se llega a situaciones tan chuscas como un partido de la oposición «inventando» en 1975 un modelo de regionalización sanitaria que el régimen franquista ya había puesto por escrito en 1971. Sin embargo, en la década de los ochenta vamos a ser testigos de una progresiva diferenciación de modelos, y particularmente en lo que atañe a la participación de la población.

Cualquier análisis de la posición del *establishment* sobre el sector sanitario debe partir al menos del estudio del *Libro Blanco*<sup>14</sup>, el *Libro*

<sup>13</sup> Felipe Soler Sabarís, *Problemas de las Seguridad Social española* (Barcelona, Pulso, 1977), 152 págs. Ya entonces se citaba como una de las causas «la ausencia de una enseñanza básica en las Facultades de Medicina: la Sociología Médica» (pág. 7).

<sup>14</sup> Subsecretaría de la Seguridad Social, *Libro blanco de la Seguridad Social* (Madrid, Ministerio de Trabajo, 1977), 743 págs.

*Rosa*<sup>15</sup>, y el *Libro Verde*<sup>16</sup>. Debería incorporar también el análisis de los modelos vasco<sup>17</sup> y catalán<sup>18</sup>. El modelo del gobierno hasta 1983, se basaba en una tendencia a la privatización, con un apoyo directo al complejo bio-médico industrial, permitiendo la creación de algunos organismos de participación limitada (como los Consejos de Salud), dentro de un modelo que todavía era el de la Seguridad Social del antiguo régimen.

El factor más sobresaliente del modelo sanitario español es la lenta socialización desde 1943 hasta 1970, y la progresiva privatización desde 1971 hasta 1983. Los diversos sistemas de participación comunitaria (organizada y no) se han opuesto, sin éxito, a este proceso. Incluso se da la paradójica coincidencia de que los procesos de privatización y los de oposición al sistema sanitario se han desarrollado al unísono, a partir de la fecha clave de 1971. Esto sugiere una falta de éxito considerable por parte de la oposición al régimen anterior. El sistema era todavía de un *centralismo fragmentado*, lento y de mala calidad, del que se beneficiaban todos los sectores (incluyendo a los trabajadores —sobre todo los de status más alto—) menos la población<sup>19</sup>.

Hoy en día los hospitales son instituciones públicas. Pueden ser privadas, pero a la larga suelen estar pagadas por el erario público, o por un sistema de seguro más o menos público. Y sin embargo no suelen tener un control público, ni un control del público. El sistema de *conciertos* no parece ser la mejor solución, puesto que hay un pago público pero una falta casi total de control de los que pagan, y una calidad asistencial reducida. El hospital está no sólo separado de la comunidad, sino incluso de quien lo paga. Conviene llevar la comunidad (la partici-

<sup>15</sup> Instituto Nacional de Previsión, *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: Estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española* (Madrid, Ministerio de Trabajo, 1977), 926 págs.

<sup>16</sup> Juan Aldaz y José L. Fernández, *Libro de la Seguridad Social: Análisis crítico económico-financiero de la Seguridad Social española* (Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1977), 497 págs.

<sup>17</sup> Gabriel Aranguren y otros, *Plan de Salud de Vizcaya* (Bilbao, Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, 1978-1979), 4 vols., pág. 213, 171, 178 y 100. Gabriel Aranguren y otros, *Sectorización asistencial en la provincia de Vizcaya* (San Sebastián, Hórdago, 1980), 197 págs.

<sup>18</sup> Departament de Sanitat i Assistència Social, *La sanitat a Catalunya: Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social* (Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1980) 330 págs. Departament de Sanitat i Assistència Social (comp.), *Estudis i dictàmens sobre sanitat* (Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1980), 316 págs. Joan Clos y otros. *L'assistència sanitària a les comarques de Catalunya* (Barcelona, Laia, 1980), 195 págs. Josep Artigas, «El mapa sanitari: Objectius i contingut», en *Debat*, núm. 7 (1980), páginas 5-14.

<sup>19</sup> Jesús M. de Miguel, «El Teorema de Watson del sector sanitario: Hacia una teoría sociológica de la Seguridad Social española», en *Papers: Revista de Sociologia*, núm. 10 (1979), págs. 115-145.

pación comunitaria) a los hospitales, y los hospitales a la comunidad; es decir, que tengan un área de acción, un territorio, un *catchment area*. Sin embargo, el modelo actual es todavía el de hospitales quirúrgicos, poco preventivos, nada educativos, extraños a la comunidad que los alberga. Por eso se quejan los hospitales de que hay muchas urgencias, y de que la mayoría de ellas no son urgentes. Se entiende que la urgencia es uno de los pocos medios de acceso a una asistencia sanitaria inmediata.

El sistema hospitalario, como otros sectores sanitarios, sigue la *ley del 30/70* (es decir, 30 por 100 de sector privado, y 70 por 100 público) que ha permanecido constante en España durante las últimas décadas. El peligro fundamental es el *sistema de conciertos*, en claro crecimiento, pues supone dosis más altas de posible corrupción, mayores desigualdades, y una calidad de asistencia menor. Los hospitales actuales no son de la comunidad, porque, al no tener un sistema regionalizado, no pertenecen al área geográfica donde se asientan. También son extraños a las personas que viven en ellos, pues las normas están en función de la conveniencia del centro, no de los pacientes. No existe una demanda y oferta clara de pacientes, sino que éstos pasan por un sistema de selección de la profesión médica. Con ello se pierde en *autonomía* del centro, y en *participación* de la comunidad.

Los *Consejos Sanitarios*, en sus múltiples formulaciones (Consejos Municipales de Salud, *Consell de Salut*, Consejos de Salud Local, Consejo Local de Salud) son una invención tanto de la derecha como de la izquierda: desde Alianza Popular hasta el P.C.E. Este hecho hace sospechar que la verdadera participación comunitaria, y sobre todo la disminución de las desigualdades sanitarias, no se basan únicamente en su puesta en práctica. Pero incluso en la izquierda se notan las mismas deficiencias que en la derecha: la falta de participación real de la población-no-organizada, es decir, de los pacientes. En el mejor de los casos, se piensa en «usuarios elegidos a través de las organizaciones más representativas», como centrales sindicales y asociaciones de vecinos. (Es el modelo comunista). Ambos sistemas de selección parecen insuficientes para asegurar una participación efectiva. Hasta 1983 la política democratizadora fue la de crear los Consejos Generales del I.N.-S.A.L.U.D. así como consejos provinciales, y locales. El Consejo General del I.N.S.A.L.U.D., no mantiene la formación propuesta por la izquierda de usuarios-trabajadores-administración (a tercios), sino sindicatos-empresarios-administración.

Durante la década de los setenta, se llegó a que el 95 por 100 de la población se hallaba en la Seguridad Social; el 85 por 100 de los médicos trabajaba en ella; el 75 por 100 de los farmacéuticos vivían de ella. Es un gran monstruo público que, sin embargo, no es público (ni controlado por el público), ni tampoco privado (no funciona con las

leyes de la oferta y la demanda). Esta contradicción termina con una progresiva privatización del sector sanitario. Se empieza a romper por vez primera la *ley de 30/70* (es decir, 30 por 100 del sector privado y 70 por 100 de sector público). El sistema sanitario sigue siendo todavía *mutualístico* (modelo de la Seguridad Social), en donde los mutualistas no controlan el sistema.

El modelo sanitario socialista y comunista pretende ser un *servicio nacional sanitario* para toda la población, con cargo a los presupuestos generales del Estado. Se entiende así que se defienda el sector público, y se intente mejorar, partiendo de la consideración de que en la actualidad, en España, el sector público es de mejor calidad que el sector privado. Se aboga así por que el sector público acepte ya a todos los pacientes, asegurados o no, con el objetivo de reducir al mínimo la práctica privada. Tradicionalmente, en España, los comunistas han puesto el mayor énfasis en la regionalización sanitaria, mientras que los socialistas ponen más importancia en la democratización del sector sanitario <sup>20</sup>.

Desde una cierta crítica se ha puesto demasiado énfasis en la creación de *centros-de-salud*. Anteriormente se abogaba por un Ministerio de Salud (se creó un «Ministerio de Sanidad»), y luego por un Servicio Nacional de Salud (se creó el «Instituto Nacional de la Salud», alias I.N.S.A.L.U.D.), sin que nada haya cambiado. La izquierda pidió la regionalización, y el gobierno de U.C.D. organizó los mapas sanitarios provinciales; la izquierda propuso un plan nacional de control de natalidad, y el gobierno de U.C.D. creó algunos centros de «orientación familiar» (sic); el médico-general se convierte en el médico-de-familia; y finalmente los centros-de-salud diseñados por la izquierda se transforman en manos del gobierno de U.C.D. en centros-médico-sanitarios, o ambulatorios disfrazados. Los presupuestos de 1982 sugieren que el proyecto de centros-de-salud se abandonó, o como mucho se quedó en un cambio de rótulos de los ambulatorios.

Ningún estudio se ha dedicado a planear estrategias para incrementar la participación (y disminuir las desigualdades) dentro del modelo sanitario actual basado en el I.N.S.A.L.U.D. y el sistema de conciertos. El gobierno anterior utilizó el señuelo de los inexistentes *centros-de-salud* para alejar la atención de la izquierda sobre otros temas de participación más vitales. Aquí se ha cumplido el *Teorema de Alford* <sup>21</sup>, de que las innovaciones en el sector sanitario se estimulan por parte del

---

<sup>20</sup> Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid, Akal, 1979), 258 págs. Véase, sobre todo, el capítulo sexto: «Modelos alternativos de la oposición» (págs. 187-222).

<sup>21</sup> Robert R. Alford, *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform* (Chicago, The University of Chicago Press, 1975), 294 págs.

*establishment* para luego burocratizarlas, hacerlas dependientes, cortarles el presupuesto, y hacerlas desaparecer. El modelo socialista de participación propone la potenciación del papel de los ayuntamientos como forma de democratización, e indirectamente para favorecer la participación popular <sup>22</sup>. En cada uno de esos ayuntamientos se crearía, según ese modelo, un Consejo de Salud compuesto por tres grupos: usuarios, ayuntamientos, y trabajadores <sup>23</sup>. La posición más progresista dentro de la postura socialista es considerar a la «participación democrática como base de la lucha antimonopolística» <sup>24</sup>. Sin embargo, no se explica si realmente eso significaría una reducción de las diferencias sociales de clase rurales-urbanas, y regionales.

La propuesta del control democrático socialista (y con ligeras variantes del comunista) del sector sanitario pasa por la potenciación de un Consejo Local de Salud compuesto por diversas personas. De hecho, cada plan de reforma incluye una composición diferente, en general con la participación de organizaciones cívicas, asociaciones de vecinos, centros escolares, centros de trabajo, sindicatos, trabajadores, administración local, etc. A veces se considera como un consejo consultivo y otras veces como ejecutivo. De todas formas, la participación comunitaria es un concepto mucho más amplio que la mera organización de consejos municipales, de barrio, o distrito. Lógicamente la participación a través de asociaciones de vecinos sólo puede realizarse allí en donde existan esas organizaciones, es decir, fundamentalmente en las grandes ciudades. No es, pues, un criterio universal.

El sueño es hacer compatible la defensa de los intereses de los trabajadores del sector sanitario, con la de los pacientes; sueño que a menudo se convierte en pesadilla. El modelo socialista hacia un sector sanitario público dominante, y con el acceso legal al mismo de toda la población, se basa en la participación de al menos tres grupos: administración sanitaria, trabajadores del sector sanitario, y población. Es

---

<sup>22</sup> Un análisis socialista desde diversos puntos de vista aparece en el libro colectivo: *Salut, sanitat i societat* (Barcelona, 7 x 7 Edicions, 1977), 253 págs. El capítulo central es de Jacint Reventós y Josep Artigas, «Filosofia per a la reforma sanitària: El servei nacional de la salut», págs. 89-110, que es una crítica implícita al modelo de Espasa-Acarín. Acertadamente este libro se preocupa más de la participación que de la regionalización.

<sup>23</sup> Algunas de estas ideas aparecen en: P.S.C., *El programa socialista de gobierno para la Catalunya nueva* (Barcelona, P.S.C.-P.S.O.E., 1980), 256 págs.; véanse especialmente las páginas 201 a 206. Este modelo tiene de particular el nombramiento de un *Gestor de Àrea* por la Consejería de Sanidad.

<sup>24</sup> Comisión de Sanidad de Mataró (comp.), «Organización democrática y control democrático de la salud a nivel territorial», págs. 271-285, en Centro de Estudios de la Administración (comp.), *Salud y política local* (Madrid, C.E.A., 1980), pág. 278.

lógico suponer (aun cuando no se suele tener muy en cuenta) que estos tres grupos tiene ideas e intereses propios, y a veces contrapuestos. Sin embargo nunca se desarrolla un modelo que explique cómo se van a solucionar los conflictos de intereses. Tampoco se tiende a diferenciar la población usuaria (o «pacientes») de la población total.

El «mapa» sanitario catalán (realizado fundamentalmente por los comunistas) parte de que la *regionalización* va a producir inmediatamente un descenso de las desigualdades sociales y sanitarias <sup>25</sup>. Incluso lo contrario; una comarcalización puede producir por un lado mayores diferencias de unas regiones a otras, y por el otro un poder más limitado del sector público frente al privado. Al final se propone un modelo autoritario (con múltiples cargos nombrados a dedo), en 12 regiones, que no supone necesariamente una descentralización, ni tampoco una democratización. Es además un modelo medicalizado, basado en la ingenua confianza en que el sector privado colaborará con el sector público (y no al revés). Los datos del propio informe demuestran que una de las variables causales básicas es la inmigración, pero no se habla luego para nada de los problemas sanitarios de los inmigrantes. El «mapa» mantiene una obsesión considerable por la división territorial, y sorprendentemente (para ser comunista) poca o ninguna por el tema de las clases sociales, o las diferencias por sexo. No se soluciona el problema de un sector privado muy grande (60/40), ni una centralización de recursos en Barcelona.

En todo caso, la experiencia de dos años de gobierno socialista no permite evaluar adecuadamente todavía su mayor capacidad para incrementar de manera real la participación de la población en la administración sanitaria.

#### ALTERNATIVAS Y ESTRATEGIAS.

Las *alternativas* y *estrategias* que permiten un posible modelo de participación comunitaria en el sector sanitario español son múltiples. En principio, es necesaria una *democratización por arriba* basada en un mecanismo electoral frecuente. Segundo, conviene articular la democracia *por abajo* a diversos niveles. Tercero, hay que analizar el caso

---

<sup>25</sup> La versión oficial, firmada por Tarradellas, y publicada en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (7 marzo 1980, págs. 808-879) es diferente del libro: Departament de sanitat i Assistència Social, *La sanitat a Catalunya* (Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1980), 370 págs. Véase Jesús M. de Miguel, «Sociología sin sociólogos», en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 18 (1982), págs. 115-140.

concreto de los *movimientos populares*, y otros sistemas no organizados (e incluso desorganizados) de participación comunitaria. Cuarto, hay que señalar el objetivo más olvidado de siempre, es decir, la *democratización del sector privado*.

El telón de fondo de la participación comunitaria no es otro que impedir que el sector público se degrade (en las propias manos de un gobierno ineficaz, o simplemente partidario de la privatización). La participación comunitaria aspira a lograr una gestión más eficaz los recursos escasos, reducir la posible corrupción y el absentismo, ampliar el sector público a toda la población y a todas las situaciones de enfermedad.

La política sanitaria de un país, a un nivel general, es otra responsabilidad política (del Consejo de Ministros), y por lo tanto requiere un nivel tipificado de participación de la población a través de las elecciones generales y locales. Quizás el punto más importante sería la introducción de canales de participación específicos para la *planificación*, y para el *control de la gestión* del Ministerio de Sanidad y Consumo (y más concretamente del I.N.S.A.L.U.D.). Sin embargo, la dificultad mayor estriba en introducir más participación a niveles medios (generalmente en manos técnicas), donde los cargos son designados a dedo, o bien son funcionarios. Este nivel intermedio va a ser el más difícil de democratizar. Paradójicamente, es el más esencial para las comunidades autónomas, provincias, regiones, y municipios.

Lo que más distingue a los modelos sanitarios progresistas es: la integración de recursos y servicios, la regionalización sanitaria, y la creación de una participación y control popular. Sin embargo, cada tendencia política entiende estos tres factores de manera distinta. Conviene además dejar claras las relaciones entre la participación comunitaria del sector sanitario y del resto de la sociedad.

La democracia-por-arriba del sector sanitario se basa principalmente en una planificación sanitaria que reúna estas tres cualidades: simple, participada, y descentralizada. Según algunas personas, la mejor característica es que sea *simple*, es decir, que pueda ser entendida por todos, y no solamente por los técnicos. Es necesario conseguir además que la planificación, ejecución de la política sanitaria, y la evaluación posterior no sean realizadas necesariamente por las mismas personas (incluso aunque hayan sido elegidas con criterios de representatividad).

La participación comunitaria *por abajo*, puede realizarse a nivel *territorial-organizativo* (es decir, consejos, comités, y política local), a nivel *asistencial* (juntas de hospitales, ambulatorios, y otras instituciones sanitarias), sin olvidar los *derechos de los pacientes y la población*. Es fácil concluir que la fórmula para la participación comunitaria reside en la «gestión democrática en todos los servicios y centros y a todos

los niveles»<sup>26</sup>. Sin embargo, es difícil definir operativamente este modelo, y más aún el de una supuesta *autogestión*.

El proceso democratizador a nivel organizativo-territorial no supone otra cosa que descentralizar de los servicios sanitarios (o lo que en inglés se entiende por *regionalización*). Esta descentralización de gestión supone una centralización de política general, y que la planificación global sea única. En este sentido conviene dejar claro que la regionalización del sector sanitario no se refiere únicamente a las comunidades autónomas<sup>27</sup>: «La autonomía en materia sanitaria no debe pararse en las regiones y nacionalidades, debe llegar a la provincia, comarca, y municipio». Los socialistas abogan incluso por un «ideal autogestionario» en el que el Estado sirva de «garantía de la igualdad no sólo entre los ciudadanos, sino entre regiones y nacionalidades»<sup>28</sup>. La participación comunitaria se entiende así a diversos niveles, y con la salvaguarda del sector público. Este concepto se puede formular incluso para los diversos niveles del sector privado. A nivel *territorial-organizativo* conviene recalcar de nuevo que una regionalización no garantiza una mejor utilización de recursos, ni tampoco una disminución de desigualdades sanitarias y sociales. Aun y todo, es un objetivo estimable dentro de un modelo de participación de la población.

A nivel *asistencial*, la democratización de los establecimientos sanitarios pasa por un cambio de estructura de los órganos directivos (fundamentalmente de las Juntas de Gobierno de los hospitales públicos), a la larga por la apertura de estos centros a todos los pacientes, y por una descentralización de esos centros con una autonomía considerable de gestión. Debe recordarse que los intereses de los trabajadores no son los únicos ni los más importantes, y que los usuarios, y la población en general, deben ser tenidos en cuenta. El sector privado supone una dificultad adicional, sobre todo con referencia a los servicios ambulatorios. Hay que idear modelos de participación comunitaria para las *consultas privadas* de la profesión médica.

<sup>26</sup> E. Barnola y otros, «La gestión democrática de los servicios y centros sanitarios», págs. 22-31, en Partido Comunista de España, *Primeras Jornadas Sanitarias del P.C.E. (junio 1978): Ponencias y comunicaciones* (Madrid, P.C.E., 1978), 199 págs.; pág. 23. El artículo había aparecido antes en Comissió de Sanitat del Comitè Central del P.S.U.C., *Primeres Jornades de Sanitat del P.S.U.C.* (Barcelona, P.S.U.C., 1978), 264 págs. Este modelo comunista llega a aconsejar «la limitación del poder individual en los cargos de responsabilidad en favor del control colectivo a través de organismos representativos» (pág. 24).

<sup>27</sup> Jesús M. de Miguel, «Problems for a regionalization of health services in southern Europe», págs. 333-352, en Christa Altenstetter (comp.), *Changing National-Subnational Relations in Health: Opportunities and Constraints* (Bethesda, Maryland, U.S. Department of Health, 1978).

<sup>28</sup> P.S.O.E., *Sanidad y socialismo* (Madrid, Secretaría Federal de Formación del P.S.O.E., 1980), punto 3.3. Debería, sin embargo, referirse a «residentes» y no a «ciudadanos».

Se debe tender hacia la protección de los derechos de los pacientes, y de la población en general, *frente al* sector sanitario. En el futuro, este capítulo será más importante que el control de los servicios sanitarios, ya que, en una sociedad desarrollada, cada vez tienen menos impacto en la salud de la población. Hay que redactar un manual de derechos de los pacientes<sup>29</sup>, así como manuales públicos de salud pública del tono y talante del clásico *Our Bodies, Ourselves*<sup>30</sup>. Los catalanes han hecho hincapié sobre una definición de salud más cercana al individuo: «Salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria, y feliz»<sup>31</sup>. Esta definición es eminentemente idealista y voluntarista, pero positiva como parte de la meta de la *Salud Para Todos en el año 2000*.

La dificultad mayor está en asegurar la participación de grupos de pacientes con una problemática especial: enfermos mentales, niñas y niños, minusválidos, personas con dependencias, y, más generalmente, mujeres. Uno de los objetivos fundamentales de todo proceso de democratización del sector sanitario es la defensa de los derechos de las mujeres dentro del sector sanitario, y de las niñas y niños, por su peculiar situación dentro de la sociedad española<sup>32</sup>. Esto se puede articular incluso a través de un manual, o código, de los derechos del paciente, o, mejor aún, de la población. Para una participación mejor, es obvia la necesidad de enseñanzas obligatorias (o quizás extraescolares) en E.G.B. sobre educación sanitaria, y en formación profesional y B.U.P. que incluya la educación sexual y el control de natalidad.

Se suele partir de la afirmación, discutible, de que el enfermo (o la enferma), por su propia condición física o mental, no está capacitado para intervenir en el control o gestión de un centro sanitario. Lo más complicado es cómo y quién defiende los derechos del paciente una vez que va a ingresar, está ingresando o ya ha ingresado en el hospital. Conviene crear organismos e instituciones (no dependientes del hospital) que regulen el acceso a él, y ayuden en el crítico momento de

---

<sup>29</sup> Un buen ejemplo es: George J. Annas, *The Rights of Hospital Patients: The Basic A.C.L.U. Guide to Hospital Patient's Rights* (Nueva York, Avon, 1975), 246 págs. Josep A. Rodríguez ha publicado recientemente un manual español en Ediciones Encuentro (Madrid).

<sup>30</sup> La Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* (Boston, Boston Women's Health Book Collective, 1976). Hay una versión española en 1982 publicada por Icaria (Barcelona).

<sup>31</sup> X.º Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, *Funció social de la medicina* (Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1976). La definición se atribuye al médico Jordi Gol, Sr., aun cuando es muy similar a la de Henry Sigerist de 1940.

<sup>32</sup> El tema de control de natalidad ha sido analizado en Juan Díez Nicolás, y Jesús M. de Miguel, *Control de natalidad en España* (Barcelona, Fontanella, 1981).

dicha entrada. En general, tanto la derecha como la izquierda no prevén la posibilidad de conflictos por parte de la población, ni siquiera de los pacientes.

Se suele partir en España del principio de que el Estado es totalmente responsable de la salud de la población. El modelo que se propone por el gobierno socialista en la nueva *Ley de Sanidad* es el de un *servicio público gratuito* (financiado por el propio Estado) *accesible a toda la población*. Se tiende a pasar por alto la existencia de un sector privado; y nadie habla del control público del sector privado, ni de la participación comunitaria en ese sector privado. No nos preocupa tanto la democratización del sector público (que a la postre depende de un sistema general electoral), sino del sector privado. El problema clave de un modelo sanitario basado en una *regionalización* es definir la relación entre el sector público y el sector privado. A veces se supone que ambos sectores se solapan, o que se coordinan automáticamente. La mayor paradoja es que el sector público ha seguido un modelo de sector privado, abandonando al negocio privado aquellos sectores más fácilmente socializables: medicina general, maternidad, pediatría, salud mental, control de natalidad. Nadie define además las formas de colaboración entre los centros públicos y los privados. Es importante realizar un estudio a fondo de las consultas privadas y el rol de la profesión médica; así como de los establecimientos sanitarios de la Iglesia Católica. En una segunda etapa sería necesario establecer canales efectivos de participación comunitaria en el sector privado, así como códigos de derechos de pacientes y población, y reglamentar la malpráctica.

En resumen, las líneas prácticas de actividad local esenciales serían: realizar una política sanitaria realista y no utópica; aplicar la ley; realizar cambios estructurales y no basarse en el voluntarismo, ni en el mero cambio de rótulos; proteger los movimientos populares sin cooptarlos; realizar una política de reducción de desigualdades según los factores de clase social, estratos-rurales-urbanos, regiones, sexo, y edad; y finalmente mantener unos canales de información.

Un objetivo primario es el *aplicar la ley*, es decir, conseguir que el sector público funcione mejor, con más calidad, menor despilfarro; simplemente siguiendo la estructura actual, y con el máximo permitido de participación de la población. A nivel local es básico controlar y reducir al mínimo *los conciertos* del sector público con el privado, que es el verdadero cáncer del sistema. En el peor de los casos, consentir en «conciertos», pero renovables, cortos, y controlados a nivel local<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Ésta es la política que se propone, por ejemplo, en Federico Bravo y otros, *Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social* (Barcelona, Ariel, 1979), 196 págs.

Uno de los cambios más eficaces sería la creación de *Facultades de Salud Pública* abiertas a distintos tipos de profesionales y no sólo a médicos (no siguiendo el modelo francés de «escuelas de mandos», muy poco eficaz, por otra parte, sino el modelo anglosajón). Es especialmente importante no confiar demasiado en el voluntarismo de la profesión médica si no se quiere tener al final un modelo medicalizado, tecnocrático, y, a la postre, poco preocupado por las desigualdades sociales. Así ha sucedido, al menos, en el sistema vasco y sobre todo en el catalán, en donde los Colegios Oficiales de Médicos tuvieron en un momento un fuerte protagonismo. Se trata de incorporar un conocimiento sociológico elemental, para el que la profesión médica no está preparada y, por el contrario, aparece sesgada. Los movimientos de reforma no tienen por que ser complicados ni técnicos en su formulación, y desde luego no medicalizados, sino desde la perspectiva de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y responsabilidad mayoritaria de la población.

Los cambios en el sector sanitario no van a provenir de la creación artificial de meras instituciones: Ministerio de Sanidad, I.N.S.A.L.U.D., Servicio Nacional de Salud, Centro de Salud, Consejo de Salud Local, etc. Es preciso entender que cualquier disminución de las desigualdades provendrá de un cambio de las estructuras. Todos los modelos propuestos hasta ahora, dicen cómo se van a componer los diversos centros o consejos inventados, pero nunca se explica cómo se van a conseguir, ni si realmente reducirían las diferencias si existiesen. Por un lado, se menosprecia el papel del individuo y el grupo familiar; y por otro, se subestima el poder del complejo biomédico industrial (hospitales, tecnología, industria farmacéutica) frente a la debilidad de los modelos comunitarios propuestos. Falta diseñar en los años ochenta un modelo de *atención primaria de salud* efectivo, empezando quizá por las definiciones de Alma-Ata <sup>34</sup>.

Los grandes y anquilosados hospitales dan paso a otras alternativas más populares. Son, por ejemplo, los centros de planificación familiar, de orientación de la mujer, de higiene mental, vocalías de sanidad de las asociaciones de vecinos, amigos y amigas de la tierra, *free clinics*, comunidades terapéuticas, Alcohólicos Anónimos, «casas» para ancianas y ancianos, centros de salud amateurs, dispensarios más o menos «piratas», etc. Estas organizaciones y grupos prosperan porque los grandes hospitales no solucionan muchos problemas. Es necesario proteger los *derechos de los usuarios* frente a la malpráctica de los trabajadores dentro del sector sanitario. Esto significa empezar por desarrollar

---

<sup>34</sup> W.H.O., *Primary Health Care: Alma-Ata 1978* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978); 79 págs. Éste fue precisamente el punto de partida del proyecto H.F.A.-2000. En este sentido los países pobres son más innovadores que los países ricos.

el acceso legal de los pacientes frente a médicos y hospitales, y la asistencia y el trabajo social.

El papel de las *organizaciones y movimientos* populares, y de usuarios, puede ser vital en el sector sanitario. Conviene, pues, potenciarlos, animarlos, y ayudarlos al máximo; pero sin oficializarlos, institucionalizarlos, centralizarlos, o hacerlos dependientes de un presupuesto independiente de ellos. En el mejor de los casos, siguiendo el modelo de una *clearing house*. Conviene tener en cuenta que estos movimientos no cubren todos los aspectos sanitarios, aunque sí los más desatendidos; también, que algunos de ellos son movimientos poco populares y muy de técnicos o de clases medias. En este sentido los modelos de participación comunitaria deben tender a ampliar y «popularizar» esos movimientos populares.

Conviene tener claro las prioridades de una acción local. Lo más importante es una *política de reducción de desigualdades* sanitarias, e indirectamente sociales. En el caso español, los cinco factores de desigualdad más importantes son: *clases sociales* (diferencias entre la elite y los trabajadores-manuales-no-calificados, parados, y grupos marginados), estratos *rurales-urbanos* (es decir, las enormes diferencias entre el campo y la ciudad, que con los procesos de emigración se han agudizado); *regiones* o áreas territoriales de todo tipo, incluso dentro de una misma provincia; *sexo* con diferencias por varones y mujeres; y *edad* con desigualdades mayores en la infancia y la ancianidad. Estas cinco categorías suponen, al mezclarse, un sistema de desigualdades sanitarias difícil de romper. La participación de la población debería ir primordialmente dirigida a romper estos cinco criterios de desigualdad, y, sobre todo, las combinaciones (tales como niñas de clase baja en zonas poco desarrolladas). Estas son generalmente poblaciones de alto riesgo. Hay grupos sociales con características de privación (como minusválidos, pacientes mentales, alcohólicos, fumadores de cigarrillos, minorías étnicas, inmigrantes) que deberían también ser analizados. El objetivo final es la igualdad de oportunidades reales de obtención de un mismo nivel de salud, sin distinciones territoriales ni sociales.

## CAPÍTULO 14

### PARA UNA POLÍTICA DE POBLACIÓN

La crisis económica mundial que se inicia a partir de 1973, ha supuesto replantear toda la política demográfica, dada su íntima conexión con los recursos y con el desarrollo económico. Este cambio no ha sido aparente en el caso de España, pues no existía una política demográfica previa. El retraso español en estos aspectos es secular. Nunca ha existido una planificación demográfica o de calidad-de-vida apropiada. Las pocas medidas no coordinadas que se han aplicado en el sector público, han tenido hasta la fecha poco éxito, o incluso han producido efectos no deseados. Es precisamente en la década de los ochenta cuando parece aconsejable empezar, por fin, a definir una política demográfica para todo el país, desde las instancias legislativas y ejecutivas nacionales.

Los análisis de la población en España, incluso los más críticos, suelen limitarse a ser estudios descriptivos (clasificatorios de las tasas de natalidad, mortalidad, nupcialidad) y casi nunca analíticos (definición de los principales problemas demográficos del país)<sup>1</sup>. La población española se enfrenta con una serie de hechos al parecer irreversibles: familia nuclear, concentración de la población, desertización del interior, urbanización, secularización, divorcio, igualdad de la mujer, y revolución sexual. La nueva política demográfica tiene que asumir esos procesos, reduciendo los aspectos negativos e interferencias que pudiese haber. Los dos problemas que se observan cortan a la población por sus extremos: un *paro* creciente entre los jóvenes (mayor aún entre mujeres) y un *envejecimiento* progresivo de la población.

---

<sup>1</sup> Angel Carrión y otros, «La población española y su territorio», págs. 3-154, en Fundación F.O.E.S.S.A. (ed.), *Estudios sociológicos sobre la situación social de España 1975* (Madrid, Euramérica, 1976).

Es difícil formular un conjunto homogéneo de *recomendaciones* y de *propuestas* concretas respecto de un tema tan amplio y tan poco analizado como es la política de población en España. Presentamos, pues, a continuación las ideas básicas que idealmente deberían ser desarrollados en la década de los ochenta.

Un problema adicional es la dificultad de evaluar el impacto de las políticas demográficas del gobierno en los cambios de población que se han producido en nuestro país. Todos los indicadores sugieren que la influencia ha sido pequeña, pero todavía no ha sido analizada por ningún sociólogo. De hecho, la política más natalista de nuestra historia (durante los años cuarenta y cincuenta) apenas afectó a la tendencia de la natalidad, que se mantuvo siempre fluctuando alrededor de 20 a 25 nacimientos por 1.000 habitantes<sup>2</sup>. No existen estudios concluyentes y profundos sobre población (fecundidad, mortalidad, nupcialidad, migración) y *clase social*. Habría pues que desarrollar estudios concretos sobre esos temas, convergiendo posteriormente en una síntesis sobre las diferencias sociales según procesos demográficos.

Es necesario desarrollar un análisis en profundidad de las *tendencias demográficas pasadas* y sus consecuencias, así como los cambios de población presentes causados por esos procesos. Además es conveniente el estudio de las consecuencias sociales y económicas de las transformaciones demográficas. La investigación debería terminar con una formulación de estrategias para promover cambios deseados y evitar procesos-no-queridos. Uno de los objetivos básicos de toda política de población es lo que se entiende por el mejoramiento de la «calidad biológica» de las personas. Huyendo de resabios racistas y eugenés, nos referimos aquí a la elevación del nivel de salud de la población. Se sugiere seguir la política de la *Salud Para Todos en el año 2000* (discutida en el presente libro) concentrando esfuerzos en el desarrollo de una red de A.P.S. (Atención Primaria de Salud).

La política demográfica gubernamental respecto de la *fecundidad*, no debe limitarse a tratar de reducir el crecimiento de la población, sino que modernamente tiene otros ocho objetivos: 1) Incrementar la libertad de las parejas a través de una mejor información sobre los procesos de fecundidad, y un mejor acceso gratuito a servicios y a métodos de planificación. 2) Reducir el número de I.V.E. ilegales, así como las I.V.E. de españolas realizadas en otros países. 3) Mejorar el nivel de salud de las madres. 4) Reducir el número de nacimientos ilegítimos o al menos su relación con una tasa de mortalidad infantil elevada. 5) Proteger la salud de la infancia, alargando el intervalo protogenésico y haciendo más racional los intervalos intergenésicos. 6) Reducir la pobre-

---

<sup>2</sup> Jesús M. de Miguel, *El ritmo de la vida social: Análisis sociológico de la dinámica de la población en España* (Madrid, Tecnos, 1973).

za de las familias con muchos hijos e hijas. 7) Disminuir las diferencias sociales y sanitarias. 8) Incrementar la educación de los individuos<sup>3</sup>. Una política nacional de población debería tener en cuenta factores clave como: la legislación que impida el trabajo a menores de edad, la educación obligatoria hasta una edad cada vez más tardía, un sistema de seguridad social efectivo que cubra a toda la población retirada y sin trabajo, nuevas oportunidades de trabajo para la mujer, igualdad de hecho de la mujer, desarrollo de la atención sanitaria materno-infantil, reducción de la mortalidad infantil, y descentralización de servicios sociales. Todas estas medidas se han demostrado a veces como más efectivas para reducir la tasa de fecundidad que el propio control de natalidad. El coste psicológico y social de controlar la natalidad (la fecundidad en un sentido amplio) sin un nivel de tecnología contraceptiva elevado (y racionalmente elevado) es alto, pues implica —como se ha puesto de manifiesto en el caso español— retraso en el matrimonio, pautas sexuales poco satisfactorias, una alta tasa de I.V.E. ilegal, con una baja sanidad materno-infantil. Aun cuando este coste social es difícil de medir, una política demográfica adecuada debería resolver esta situación. No se trata tanto de disminuir el tamaño medio de familia, como de dar información a toda la población, ofrecer un sistema público gratuito, disminuir las diferencias sociales, elevar en general la calidad de vida de las parejas y de la infancia, y mantener y mejorar si es posible la calidad del entorno medio-ambiental.

En España la tradicional ayuda familiar (que dentro de la seguridad social no ha hecho más que disminuir en números relativos de recursos) tuvo realmente poco impacto en las pautas de control. Modernamente, y en los países más desarrollados, se trata sobre todo de desarrollar no una ayuda económica al matrimonio (el día de la ceremonia), a los hijos e hijas (a través de los «puntos»), o a la familia con un número alto de hijos (llamada «numerosa»), sino de potenciar una atención sanitaria a la maternidad (sobre todo con asistencia prenatal, como es el modelo francés), cosa que además repercute en las generaciones futuras. Una primera política demográfica en nuestro país debería consistir en disipar la confusa política pronatalista de épocas anteriores, y difundir el modelo de «familia nuclear» tal y como la entienden los sociólogos<sup>4</sup>, y de modelos familiares alternativos. El sector público debe ser responsable de la calidad global de la vida de los ciudadanos y así proveer con medios efectivos y racionales de *prevención de*

---

<sup>3</sup> Un punto de partida en esta dirección aparece en Juan Diez Nicolás y Jesús M. de Miguel, *Control de natalidad en España* (Barcelona, Fontanella, 1981).

<sup>4</sup> Una bibliografía exhaustiva aparece en Julio Iglesias de Ussel, *Elementos para el estudio de la mujer en la sociedad española: Análisis bibliográfico* (Madrid, Ministerio de Cultura, 1980).

*la natalidad* a todas las personas en edad reproductora, gratuitamente o a un coste nominal. Este modelo protege además a los niños y niñas ya existentes en la familia. El análisis de la política demográfica debe, pues, incluir un estudio del nivel de vida y de salud infantil, que a menudo suele ser olvidado. Entre los temas difíciles pero necesarios en el terreno de la política de fecundidad hay tres de indudable importancia: enfermedades venéreas, embarazo en adolescentes, e Interrupción Voluntaria del Embarazo (I.V.E.). Es, pues, necesario desarrollar estos estudios, y tomar decisiones a nivel de políticas y programas de población.

Se trataría por un lado de disminuir la tasa de *mortalidad*, pero sin aumentar (como desgraciadamente ha sucedido a menudo) la tasa de *morbilidad* de la población. La moderna política demográfica no define como un objetivo prioritario el descenso de la mortalidad, entre otras cosas porque ha llegado ya a unas tasas difíciles de reducir (especialmente la tasa de mortalidad infantil), sino de mejorar el estado sanitario general de la población. Es un hecho que las tasas de mortalidad españolas no van a bajar mucho más a pesar de las políticas gubernamentales, pero pueden todavía disminuir bastante las desigualdades y desequilibrios entre la población, o la degradación medio-ambiental. Sin embargo, como objetivo manifiesto está claro que cualquier política de población en España debería marcarse como objetivo el reducir las tasas de fecundidad y de mortalidad. Faltan modelos teóricos que permitan producir esos cambios deseables. El cambio de la mortalidad por la morbilidad, y la sustitución de las causas infecciosas por las sociales suponen un replanteamiento global del sistema sanitario español que todavía no ha sido analizado en profundidad. Es obvia la necesidad de un estudio en profundidad de las *causas de muerte*, y de los casos de morbilidad (tanto sea de declaración obligatoria como no), así como un análisis de los más de tres millones de pacientes hospitalizados al año. El *envejecimiento* constante de la estructura de la población es otro de los temas que requieren un análisis más detallado, por sus connotaciones respecto de la salud, calidad de vida de la población, y decrecimiento de la fecundidad como causa más directa de ese envejecimiento.

España es un país de marcadas diferencias geográficas que suponen *desequilibrios regionales* extremos. No existen, sin embargo, estudios importantes sobre las diferencias regionales de calidad de vida, ni de procesos demográficos. Un estudio semejante es básico para transformar una estrategia nacional global, en una política sensible a las diferencias regionales estructurales. Un estudio básico analizaría las relaciones entre los procesos de *industrialización*, los de *urbanización*, y la influencia de ambos en las pautas demográficas. La concentración de la población, la falta de municipios de tamaño medio, y los procesos de

repartición centrífuga de la población, mantienen un efecto sobre el desarrollo demográfico que parece irreversible, y que requiere una política de población inteligente. Las considerables diferencias de los estratos *rural-urbano* en España sugieren la oportunidad de una investigación a fondo sobre el deterioro del campo, y sobre todo su efecto en la población<sup>5</sup>. *Madrid* y *Barcelona* requieren un estudio aparte, no sólo por sus diferencias, sino sobre todo por su carácter de provincias de gran inmigración, y la integración de poblaciones culturalmente diferentes. No existe, por ejemplo, un análisis del cambio de la estructura familiar entre los inmigrantes por generaciones, que sería básico para una política adecuada de población.

Las *migraciones internas e internacionales*, que a principios de siglo, y en la década de los sesenta, se creyeron soluciones válidas para los problemas de población españoles ya no son una solución razonable, aun cuando la libertad de movilidad geográfica conviene que siga siendo defendida. La política demográfica actual debe ir más bien dirigida a elevar el nivel y calidad de vida de la población, como ya señalamos. Esto supone reducir los desequilibrios regionales y las desigualdades campo/ciudad, con o sin migraciones. Un análisis sociológico básico necesitaría combinar las variables de movilidad geográfica con las de clase social. Los procesos migratorios han sido analizados generalmente desde una perspectiva cuantitativa, pero poco crítica. Conviene realizar estudios en profundidad de los procesos de asimilación, integración, desintegración, anomía, alienación, y retorno de migrantes; así como el impacto en las variables demográficas, y sobre todo en el cambio espacial de las pautas de población.

Dentro de la *población activa* los estudios necesarios deben ir dirigidos a los procesos (y a veces problemas) básicos: asalarización, paro creciente, baja tasa de participación femenina, cualificación creciente, y disminución proporcional. El fenómeno más importante es el paro, que a su vez se relaciona estrechamente con morbilidad, nupcialidad, y calidad de vida. Es además uno de los factores fundamentales en los procesos de desigualdad social. No existen estudios serios sobre la problemática social y sanitaria reciente de este factor en España.

Entendemos, sin embargo, que toda política demográfica que se proponga para España en la década de los ochenta y hasta el año 2000 debe favorecer en todo momento la libertad de la población (tanto a nivel individual como colectivo), e incrementar la justicia para todos los seres humanos como parte de la sociedad. Los problemas éticos y morales entrelazados con los asuntos demográficos llevan a que un gobierno deba ser cuidadoso con las políticas de población que plantea,

---

<sup>5</sup> Juan Díez Nicolás, *Especialización funcional y dominación en la España urbana* (Madrid, Guadarrama, 1972).

así como las que no plantea <sup>6</sup>, y en todo caso debe quedar claro que ningún gobierno está legitimado para imponer a los ciudadanos determinados comportamientos demográficos, aunque sí lo está, por supuesto, para informar, educar o incluso estimular aquellos comportamientos demográficos que puedan ser más acordes con las políticas definidas para la comunidad nacional.

---

<sup>6</sup> José Ferrater Mora y Priscilla Cohen, *Ética aplicada: Del aborto a la violencia* (Madrid, Alianza, 1981), 207 págs.

## ABREVIATURAS

AID	Agency for International Development.
ANESHNE	Asociación Nacional para la Educación y Sostenimiento de Hospitales de Niños de España.
APD	Asistencia Pública Domiciliaria.
APS	Atención Primaria de Salud.
BUP	Bachillerato Unificado Polivalente.
CDT	Centros de Diagnóstico y Tratamiento.
CGCME	Consejo General de Colegios Médicos de España.
CCP	Crecimiento Cero de la Población.
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
EGB	Enseñanza General Básica.
FAO	Food and Agriculture Organization (Organización para la Alimentación y la Agricultura).
FOESSA	Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
INP	Instituto Nacional de Previsión.
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud.
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social.
IPPF	International Parenthood and Planning Federation.
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo.
M	Mujeres.
MIR	Médicos Internos y Residentes.
MPS	Medicina Preventiva y Social.
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo.
MSSS	Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
MTSSS	Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
NOEI	Nuevo Orden Económico Internacional.
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
OIG	Organización Inter-Gubernamentales.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organizaciones No Gubernamentales.
PCE	Partido Comunista de España.

Piramidón	Centro Nacional de Especialidades Quirúrgicas Ramón y Cajal.
PNB	Producto Nacional Bruto.
PSOE	Partido Socialista Obrero Español.
PSUC	Partit Socialista Unificat de Catalunya.
R	Ratio
RFA	Régimen de Financiación y Administración.
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad.
SPT-2000	La Salud Para Todos en el año 2000.
T	Total.
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad.
TBN	Tasa Bruta de Natalidad.
TBR	Tasa Bruta de Reproducción.
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil.
TNR	Tasa Neta de Reproducción.
UCD	Unión de Centro Democrático.
UMFE	Unión Médica Farmacéutica Española.
UN	United National.
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población.
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para el Socorro de la Infancia.
V	Varones.
WHO	World Health Organization (OMS).
ZPG	Zero Population Growth.

El presente libro es el primer estudio sobre las políticas de población en nuestro país, analizando globalmente desde los procesos demográficos a los de salud pública. Se incluye un análisis básico de la estructura de la población española, y un estudio detallado de la situación europea e internacional. En la tercera parte se describen algunos sectores concretos importantes, como el de planificación familiar, la infancia, la ancianidad, recursos y políticas del sector público sanitario, así como los modelos de participación de la población. El libro termina con unas ideas básicas para desarrollar en el futuro una política de población en España. Se presentan una colección de datos básicos y una bibliografía seleccionada sobre la situación española en el contexto mundial.

Jesús M. de Miguel, doctor en Sociología por la Universidad de Yale, es actualmente catedrático y director del Departamento de Sociología de la Universidad de Oviedo. Trabaja además como asesor permanente del Ministerio de Sanidad y Consumo, y como consejero de la Organización Mundial de la Salud para Europa. Es autor de libros como *Sociology in Spain* (1978), *El mito de la Inmaculada Concepción* (1979), *Estructura del sector sanitario* (1983), y *La amorosa dictadura* (1984).

Juan Díez Nicolás, es doctor en Ciencias Políticas por la Universidad Complutense, y M. A. en Sociología por la Universidad de Michigan. Ha sido director general de Planificación Social, director general del Instituto Nacional de Ciencias de la Educación, rector de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, director general del Centro de Investigaciones Sociológicas, y subsecretario de Ordenación del Territorio y del Medio Ambiente. En la actualidad es catedrático de Ecología Humana en la Universidad Complutense, así como vice-presidente del Comité de Población en el Consejo de Europa. Entre sus últimos libros están *Los españoles y la Opinión Pública* (1976), *Control de Natalidad en España* (1981), *Cincuenta años de Sociología en España* (1984), y *Movimientos de Población en Áreas Metropolitanas y Urbanas Españolas* (1984).

