

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
FACULTAT DE DRET
DEPARTAMENT DE CIÈNCIA POLÍTICA I DRET PÚBLIC

Las condiciones de información en la práctica médica

El derecho a la información

Tesis doctoral de: Cristina Urios Aparisi

Directores: Prof. Dr. Pompeu Casanovas
Profa.Dra. Francesca Puigpelat

Bellaterra, Junio 2002

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1. CONTEXTO JURÍDICO. RED SANITARIA

1.1	Introducción.....	17
1.2	La situación sanitaria en España.....	17
	1.2.1. Gasto sanitario y salud	18
	1.2.2. El debate en torno al sistema sanitario.....	28
1.3	La organización y planificación sanitaria.....	31
	1.3.1 Procesos de descentralización	39
1.4	La situación sanitaria en Cataluña.....	42
	1.4.1 El mapa sanitario de Cataluña entre 1981-1990	43
	1.4.2 La organización institucional de la asistencia sanitaria: el modelo catalán	45
	1.4.3 La Llei 15 d'Ordenació Sanitària de 9 de Julio de 1990.....	51
1.5	El derecho a la protección de la salud y el alcance jurídico de las formas y modelos organizativos.....	60
	1.5.1 El paciente-usuario en la nueva estructura del mercado sanitario. Las Cartas de derechos y deberes	63
	1.5.2 El control judicial.....	69

CAPÍTULO 2. REGULACIONES Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS ACTORES

2.1	Introducción.....	75
2.2	La profesión médica ante las reformulaciones del sistema sanitario.....	77
	2.2.1 Profesión médica y mercado sanitario	77

2.2.2	La rebelión de los médicos.....	82
2.3.	Contextos de transformación.....	86
2.4.	La reorganización de los profesionales	89
2.5.	La autonomía de los centros proveedores	94
2.6.	¿Quién regula?.....	100
2.7.	Reorganización de los servicios médicos y regulación prácticas.....	101
2.7.1.	El servicio de urgencias médicas	103
2.7.2.	Un protocolo	105
2.7.3.	La cultura de los protocolos: (des)institucionalización	112
CAPÍTULO 3. PRÁCTICAS DISCURSIVAS Y PROFESIÓN MÉDICA		
3.1	Introducción.....	120
3.2	La institucionalización de los procesos por quejas.....	120
3.3	Los estándares de calidad	126
3.3.1	Estándares de calidad y sector público	127
3.3.2	El punto de vista de los/as pacientes.....	131
3.4	Las Unidades de Atención al Cliente.....	134
3.4.1	Tramitación de una queja.....	138
3.4.2	El corpus	144
3.5	Los pacientes a través de las quejas: presentación	147
3.5.1	¿Esto es una queja?	148
3.5.2	La práctica rutinaria y la información.....	153
3.5.3	La historia clínica y sus contextos	159
3.5.4	La construcción de una queja: indicaciones o protocolos.....	164

3.6 Contestación a las quejas: respuesta institucionalmente organizada.....	166
3.6.1 ¿Qué podemos hacer por usted?.....	168
3.6.2 La codificación de la respuesta	171

CAPÍTULO 4. LA ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE (1)

4.1 Introducción.....	178
4.2 Los servicios de urgencia: utilización y percepción	180
4.3 Aproximación teórica y metodología	186
4.3.1. Aproximaciones al discurso.....	192
4.3.2. Etnografía de la comunicación.....	196
4.4 Presentación del campo	200
4.4.1 Espacios de circulación.....	200
4.4.2 Algunos actores.....	202
4.4.3 Escenarios de interacción.....	205
4.5 Registros del trabajo de campo.....	208
4.5.1 Caracterización de los intercambios comunicativos	210
4.6 Análisis de la interacción comunicativa	213
4.6.1 ¿Qué buscas en una radiografía?.....	216
4.6.1.1. Organización y experiencia institucional.....	217
4.6.1.2. Registros de la interacción	222
4.6.1.3. Contextos de la interacción.....	225
4.6.1.4. Organización jerárquica y prácticas docentes.....	232

CAPÍTULO 5. LA ORGANIZACIÓN DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y

LA COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE (2)

5.1 Introducción.....	239
5.2 Práctica en los procesos de decisión: cooperación	241
5.2.1 Conocimiento socialmente distribuido	242
5.2.2 Otras redes de decisión	249
5.3 La organización social de una actuación urgente	252
5.4 El informe y la codificación de información	267
5.4.1 El informe en la interacción.....	267
5.4.1.1. Esto es urgencias.....	270
5.4.1.2. Ordenar el relato.....	275
5.4.2. Acotar el relato: el control de los tópicos	279
CONCLUSIONES.....	285
BIBLIOGRAFÍA	292

INTRODUCCIÓN

Esta tesis es parte de un proceso de aprendizaje que inicié hace ya algunos años en esta Universidad. El trabajo se inscribe dentro de mi interés por vincular la metodología de la antropología y sociología jurídica a los temas adscritos a la Bioética. Y, en concreto, el espacio de la interacción entre el médico y el paciente constituye un buen observatorio desde el que reflexionar sobre cómo las personas operan con base en unas expectativas y normas en torno a las relaciones sociales. En definitiva, cómo las personas hablan e interactúan sobre lo que los juristas denominamos ‘derechos’ de manera adecuada a su percepción de la relación socialmente establecida.

1. Objetivos

El modelo de sistema sanitario que impulsan las Administraciones Públicas (catalana y española), fundamentalmente a partir de los años 90, diseña una red de organizaciones que ha de funcionar coordinadamente para atender a lo previsto en los Planes como objetivos de salud y ajustándose al presupuesto disponible. En este sentido, la Administración (compradora) promueve mecanismos de control de las prestaciones que compra a sus proveedores y obliga a estas organizaciones a racionalizar decisiones de uso de procesos y tecnologías costosas. Las nuevas organizaciones sanitarias

integradas en la red de provisión pública han de incorporar necesariamente a sus decisiones médicas criterios de gestión.

En el ámbito de Cataluña el diseño de la red sanitaria pública potencia particularmente este modelo de descentralización de la atención sanitaria y autonomía de los centros que compiten organizadamente en el “mercado sanitario”. En efecto, la Administración Pública ha intervenido activamente en el diseño del mercado y ha intentado, a través del diseño global de aquello que como compradora necesita, que las organizaciones sanitarias que quieran beneficiarse de lo que supone tener un comprador público se adapten contractualmente a sus exigencias.

Las organizaciones sanitarias, por su parte, tienden a convertirse en puntos de una red. Los hospitales, por ejemplo, no han de ser ya el eje del sistema sanitario sino una organización más con una serie de características derivadas de las prestaciones que ofrece al mercado y que el consumidor-cliente-paciente ha de reconocer y utilizar adecuadamente. El diseño teórico de esta red afecta, en principio, de manera esencial a la práctica de los profesionales que integran estas organizaciones. El desarrollo de las nuevas prácticas que impone el modelo teórico previsto supone, también teóricamente, una nueva organización de los profesionales quienes deberán adaptar, -o incorporar-, a sus rutinas algunos criterios que les marcan los gestores.

Conforme a lo apuntado, la hipótesis principal que presento para su discusión en este trabajo es que una de las transformaciones esenciales que la Administración ha introducido afecta a la codificación de la información. Es decir, la Administración Pública al diseñar la nueva red sanitaria potencia una serie de instrumentos (protocolos, informes de alta, controles de información, tarjeta sanitaria, historias médicas, derechos, quejas) que tienen diversas finalidades pero que, en definitiva, son mecanismos prácticos

del proceso de construcción de este ‘nuevo’ modelo en el que la ‘información’ se constituye en eje esencial de los procedimientos en los que opera la organización. Este nuevo modelo trata de formalizar los procesos diagnósticos introduciendo las tecnologías de la información de manera que la organización ordena y sistematiza la información que recibe de los pacientes.

Otro elemento esencial de este proceso de transformación viene dado por la incorporación de una Carta de derechos que pretende amparar a los clientes cuando se encuentran “sujetos” a la administración sanitaria. Entre estos derechos, el derecho a la información plantea singulares problemas por su inmediata conexión con la práctica médica. La virtualidad del derecho a la información dependerá de cómo los actores incorporen en sus prácticas profesionales la comunicación de la información, es decir, de cómo diseñen las condiciones de información. En este sentido, la investigación ha tratado de abordar tanto el espacio de la interacción médico – paciente como las redes de relaciones formales e informales que los profesionales establecen entre sí.

Esta investigación se apoya fundamentalmente en los comportamientos observados en el trabajo de campo, es decir, en los procedimientos, rutinas y definiciones que los profesionales dan a sus prácticas médicas y sociales con los pacientes – clientes.

Las condiciones de información enlazan con procesos y mecanismos de decisión que los actores organizan en su práctica cotidiana. Ellos definen en el contexto la organización. La interacción médico – paciente constituye, desde esta perspectiva, la práctica alrededor de la cual se conforma la organización social del servicio: se establecen jerarquías, se ponen en marcha mecanismos de cooperación formales e informales. En la interacción con el paciente el médico define sus estrategias, obtiene

información relevante del paciente y, en función de la credibilidad que le da al relato, y de otros mecanismos que el profesional tiene a su disposición, decide qué hacer.

2. Punto de partida: el Comité de Ética y la comunicación médico-paciente

Antes de entrar a describir brevemente el contenido de los capítulos me parece importante presentar en esta introducción un documento que me facilitaron durante el trabajo de campo en la Oficina d'Atenció al Client del Hospital infantil. El documento es un acta del Comité de Ética Asistencial que se reúne en sesión extraordinaria para decidir sobre la petición de unos padres de que desconectasen a su hija.

Aunque los Comités de Ética no son objeto de estudio en esta investigación, el contenido de los temas que discuten enlaza directamente con las cuestiones que queremos presentar para su discusión en esta tesis¹.

El Comité de Ética estaba integrado en esa reunión por los miembros que denominaremos permanentes, por un lado, y los profesionales relacionados con la asistencia directa al paciente. Entre estos profesionales están los médicos y enfermeras que asisten a la paciente en la planta donde se encuentra ubicada, por un lado, y los miembros del equipo que la tratan técnicamente, por otro.

El conflicto se planteaba porque algunos miembros del equipo no estaban de acuerdo con la solicitud de los padres de “suprimir las medidas extraordinarias a la

¹ En esta investigación, efectivamente, no entraremos en el complejo tema de los Comités de Ética ya que constituye en sí mismo el objeto de otra investigación. Sin embargo, es importante considerar en alguna medida este espacio institucional que los Comités de Ética ocupan que creemos que irá constituyéndose con el tiempo en un foro de deliberación y mediación de las reclamaciones que los pacientes presenten frente a prácticas de los profesionales sanitarios. En torno a los Comités de Ética ver el trabajo de A.Cambrón (1998).

paciente”. La discusión mantenida entre los integrantes del Comité de Ética plantea cuestiones esenciales para nuestra investigación que queremos destacar.

La descripción de los procesos de decisión en el seno de los Comités de Ética refiere un contexto abstracto de decisión racional que defina la norma de actuación derivada de la aplicación de los principios generales de la Bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia). Y, efectivamente, en el discurso de los miembros permanentes del Comité de Ética afloran los principios como guías de la decisión.² Sin embargo, el eje problemático del proceso de decisión no se encuentra en este discurso sino en cómo los profesionales que interactúan rutinariamente con los pacientes construyen un discurso práctico en el que afloran otros principios y preocupaciones profesionales y personales que entra en conflicto con las expectativas y derechos de los pacientes.

La cuestión en el Comité de Ética se presenta en los siguientes términos:

Els pares pensen que el mantenir a la seva filla connectada a la màquina per viure, es fa per interès científic-experimental, i no per millorar-li el futur.

Actualment la nena té criteris per desintubar, però també es diu que per la seva debilitat muscular pot fer una apnea i tornar a necessitar la intubació.

En torno a estas cuestiones los profesionales presentes debatían. Queremos destacar brevemente algunos de los ejes del debate. Una de las cuestiones que se planteaba al iniciar la discusión el Comité de Ética era si se había apurado el diálogo con la familia. En la exposición de la situación del caso, además, uno de los doctores de la planta alude a que la familia pide información insistentemente y que “no sap si degut a

² Durante el turno de intervenciones de los participantes en la reunión, uno de los doctores de planta manifiesta “que està en desacord amb la decisió dels pares. Ells volen que la seva filla sigui estrictament normal, i com que no ho és volen que es mori. També diu que el tots els pares desitgen que els seus fills siguin normals, però entén que s’ha d’assumir si no és així. El doctor informa que ella és resident i que li manquen coneixements científics, però a banda d’això no creu que s’hagi de respectar la decisió dels pares”. Uno de los miembros permanentes interviene, “el doctor respon que ètica i jurídicament els pares tenen dret a prendre una decisió per la seva filla, sempre que no es demostrí que li desitgen un mal. En aquest cas no és que ells no vulguin aquesta filla, sinó que no volen veure-la amb aquestes mancances”.

les informacions diverses que ha rebut, que no volen cap tractament i desitgen que es desconnecti el respirador”³.

Este apunte del miembro del equipo de planta nos lleva al marco de las relaciones entre los profesionales que asisten al niño y los padres y a la dificultad que los pacientes pueden tener para poder comprender las distintas visiones profesionales que cada especialista construye sobre el problema que presenta el paciente.

Resulta interesante el marco social en el que se encuadra los argumentos de los profesionales sanitarios de la planta, que son quiénes tratan con la familia diaria y rutinariamente, frente al marco estrictamente técnico de los profesionales médicos que se encargan de cuestiones relacionadas con el proceso patológico de la paciente. Los profesionales de la planta se preocupan fundamentalmente de cómo la familia reaccionará frente a la decisión o sobre cómo enfocarle las sugerencias del Comité⁴. Los profesionales técnicos se ocupan de la viabilidad de la paciente y de las posibilidades de hacerle otras pruebas para acelerar el diagnóstico⁵.

El contenido de las intervenciones alude también a competencias y rutinas profesionales propias de la planta, “intubar o desintubar” estaría a cargo del personal de la planta y no de los profesionales que tratan la patología. Por otra parte, la discusión mantenida entre los miembros del Comité muestra que el consentimiento informado no se agota en un acto único sino que es el producto del proceso y del trato que los pacientes y los médicos entablan durante un período de hospitalización más o menos

³ La madre en una carta dirigida al Hospital dos años después de estos hechos muestra cómo para ella todo el proceso se hizo incomprensible, no entendía la espera.

⁴ El Dr. de la planta manifiesta que “sense tenir el diagnòstic precís, i davant uns pares que manifesten la voluntat expressa de no mantenir les mides extraordinàries, el desintubar-la ara és agreujar el conflicte”. El Dr. se está refiriendo a la necesidad de tener que volver a intubarla. Un miembro permanente le responde en términos éticos “davant uns criteris suficients per desintubar, i respectant el principi d'autonomia exercit pels pares, s'hauria d'intentar (..)”.

⁵ Uno de los especialistas señala “s'hauria d'intentar arribar a un diagnòstic abans de prendre una decisió” Otro señala que “la seva impressió és que tornarà a necessitar la intubació en un termini de 12 h.”

largo y más o menos complejo. En el Comité se discute si hacer o no pruebas genéticas y otros tipos de pruebas, si están los padres de acuerdo o no y porqué.

Una situación como ésta muestra el tipo de problemas que afloran habitualmente, aunque quizás de forma no tan dramática, en la interacción entre médico y paciente.

Ciertamente, hubiéramos podido, a partir del trabajo de campo realizado, escoger otros ejemplos que no se situaran en el escenario de los Comités de Ética, pero dado que éstos constituyen uno de los foros de análisis del desencuentro entre profesionales de la medicina y sus pacientes, hemos querido utilizar este caso. De algún modo, en los Comités de Ética encontramos a los profesionales sin necesidad de adaptar su discurso profesional a los oídos de los pacientes, que es el referente experimental de nuestro trabajo, y por ello hemos eludido estudiarlos, pero el ejemplo citado demuestra también hacia dónde se dirige la resolución de los conflictos, y sitúa a las dos partes que nos interesan, y que sí hemos trabajado, una vez producido el conflicto.

3. Estructura

Intentaré brevemente describir los principales puntos que abordo en cada uno de los capítulos que construyen esta tesis.

El capítulo primero trata de perfilar el marco normativo que define el nuevo mapa sanitario. La Constitución española de 1978, y la aplicación de los principios en ella recogidos, ha supuesto un proceso gradual de descentralización de las competencias de la Administración central y sus órganos gestores en el campo de las prestaciones sanitarias. Las Comunidades Autónomas han asumido las competencias de manera

progresiva y este proceso se ha completado recientemente a través de un polémico Acuerdo firmado el 27 de Julio de 2001 por el Gobierno con las quince Comunidades Autónomas pendientes de asumir las competencias en sanidad.

Las leyes publicadas a partir de los años 90 (en Cataluña Llei 15/1990 d'Ordenació Sanitària de Catalunya, de 9 de julio y en España la Ley 15/1997 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud) diseñan un nuevo modelo de gestión que incorporan al ámbito de la sanidad pública criterios de gestión empresarial. La Administración se convierte en compradora de servicios de una compleja red de proveedores, públicos y privados, que la misma diseña.

Uno de los ejes de esta reforma trata teóricamente de potenciar el papel del cliente-ciudadano a quien se le otorgan unos derechos específicos durante el proceso de sujeción a la Administración sanitaria. Entre ellos, el derecho a la información.

El capítulo segundo describe algunos procesos de cambio que afectan a la organización de la profesión médica. El capítulo aborda algunos procesos formales e informales que los profesionales ponen en marcha para dar respuesta a las circunstancias que han propiciado los cambios en el modelo sanitario. El alcance del impulso normativo hacia la transformación únicamente puede precisarse desde el análisis de las prácticas profesionales, es decir, cómo los profesionales definen los cambios y cómo organizan sus rutinas.

El capítulo tercero atiende a otro aspecto esencial de este proceso de cambio. En efecto, las normas que diseñan la nueva organización del sistema sanitario exigen a las instituciones sanitarias que se integren en la red pública la elaboración de una Carta de derechos y obligaciones y la creación de un servicio que atienda a las reclamaciones de los clientes. Recientemente, 24 de julio de 2001 se ha publicado la “Carta de drets i

deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària". Esta carta desarrolla las exigencias que derivan de la Ley de Acreditación de los centros hospitalarios, vigente actualmente (Ley 10 julio de 1991, DOGC núm.1477, de 7 de agosto). Esta Ley establece como requisito para la acreditación la evaluación del grado de cumplimiento de los derechos recogidos en la Carta de derechos del enfermo

El trabajo de campo que desarrollé en la Oficina de Atención al Cliente me permitió el análisis de las quejas presentadas y de los procedimientos institucionales de tramitación interna y externa de la queja. La hipótesis que presento en este punto se conecta directamente con la principal antes apuntada. Las reclamaciones presentadas constituyen en abstracto el ejercicio de aquellos derechos anunciados por la Carta de derechos, sin embargo, la Administración establece de nuevo una codificación de las quejas que transforma a estos derechos en estándares de información que la Administración tiene en cuenta para valorar la calidad de sus proveedores. Por otro lado, la articulación de los procesos de reclamación constituye a estos derechos, en alguna medida, en normas a las que los profesionales han de ajustarse, en mecanismos de autorregulación. Sin embargo, la respuesta institucional a la queja ha de mantener un difícil equilibrio entre la satisfacción del cliente y la crítica a las prácticas médicas organizadas que la institución ha de defender.

El capítulo cuarto aborda la descripción de un servicio de urgencias hospitalario. En este capítulo, a través del análisis del discurso en interacción, trato de mostrar la actuación organizada de los pediatras y enfermeras. El análisis de las interacciones discursivas entre médicos y pacientes trata de mostrar los procesos de negociación entre los participantes en el encuentro.

La parte fundamental de los capítulos cuarto y quinto se basa en una aproximación etnográfica a la interacción en el espacio de atención de un servicio de urgencias hospitalarias en el que los personajes que lo integran no actúan individualmente sino socialmente y dan respuesta coordinada a las situaciones que se les plantea.

Las prácticas de pediatras, enfermeras y personal sanitario adquieren sentido en la organización que transforma las experiencias con pacientes en discursos y textos que designan el estado de salud de una persona, definen situaciones de riesgo y toman decisiones en torno a la asignación social de los recursos sanitarios.

Por otro lado, la interacción con los pacientes exige que los pediatras adapten el marco establecido por los dispositivos técnicos que la organización dispone para la ‘racionalización del servicio’, estos dispositivos son los protocolos. El instrumento fundamental de esta adaptación es la ‘consulta’ como un contexto específico de aprendizaje y cooperación a través del cual los pediatras actúan sus relaciones formales e informales. El uso que los profesionales hacen de este mecanismo vigente en la organización del servicio muestra algunas pautas y valores que caracterizan el servicio en transformación.

El capítulo quinto aborda la importancia de la tecnología en la comunicación médico – paciente. Este capítulo describe prácticas médicas relacionados con el diagnóstico como prácticas que implican la relación cooperativa entre profesionales pertenecientes a especialidades diversas y, además, una determinada distribución social del conocimiento.

4. Materiales y método.

La investigación se basa en el trabajo etnográfico que llevé a cabo durante el último año en el seno de un hospital infantil universitario.

La primera fase del trabajo de campo la desarrollé junto al Jefe de la Oficina de Atención al Cliente y me permitió analizar las quejas que los pacientes habían presentado desde la creación del servicio en el año 1993. Además de la revisión de las quejas y observación de la presentación de las quejas, realicé las entrevistas que constan en el anexo.

1ª entrevista: 13 de junio 2001 con relaciones públicas. Grabada. Me presenta al Cap de la 'Oficina d'atenció al client'

a. *Entrevistas con el Cap de l'oficina d'atenció al client:*

1ª entrevista: 29 de junio, grabada y transcrita.

2ª entrevista: 31 de julio de 2001, grabada y transcrita

3ª entrevista: 2 de agosto de 2001, grabada y transcrita.

4ª entrevista: 8 de agosto de 2001, grabada

5ª entrevista: 30 de agosto de 2001, grabada

La segunda fase del trabajo de campo la desarrollé en el servicio de urgencias del mismo hospital. En este período obtuve la grabación de las comunicaciones que se producían entre los médicos y los pacientes y las conversaciones entre los pacientes. En concreto, realicé las siguientes grabaciones: NOTA

URG I. 20.2.02 [mañana]

URG.II. 20.2.02 [noche]

URG.III 22. 2.02 [mañana] enfermera y doctores

URG.IV 25.2.02 [mañana]

URG.V 28.2.02 [tarde]

URG.VI 1.3.02 [mañana]

URG.VII. 1.3.02 [tarde]
URG.VIII 4-5.3.02 [noche]
URG. IX 4-5.3.02 [noche]
URG. X. 6.3.02 [mañana]
URG. XI 7.3.02 [mañana]
URG. XII 7.3.02 [tarde]
URG. XIII 9.3.02 [sábado tarde]
URG. XIV 9.3.02 [sábado noche]
URG. XV 12.3.02 [mañana]
URG. 18.3.02 entrevista a Pediatra. Notas.
URG.XVI 19.3.02 [mañana y entrevistas doctores / personal gestión]
URG. XVII 19.3.02 [tarde]
URG. XVIII 20.3.02 [mañana]
URG. XIX 20.3.02 [mañana]

El análisis de estos documentos etnográficos constituye la base del trabajo de investigación que someto a discusión. El enfoque de D. Hymes en etnografía de la comunicación me ha ayudado en el análisis preliminar del corpus que he reunido sobre algunos elementos de la organización de la comunicación médico – paciente: las formas de comunicación, los contextos sociales e institucionales que influyen en el desarrollo de la interacción.

El trabajo que presento para su discusión utiliza los instrumentos propios de la aproximación etnográfica⁶, es decir, se basa en la observación contextual y en el registro de las conversaciones que tienen lugar en el espacio de investigación, registro que produce propios textos cuyo valor e interpretación es compleja.

La etnografía de la comunicación se interesa, desde el punto de vista del contenido de la interacción verbal cotidiana, por la relación entre el uso de la lengua en una determinada comunidad y el sistema local de conocimiento y comportamiento social. Y, desde el punto de vista de la forma del uso lingüístico, la etnografía de la

⁶ La aproximación etnográfica se basa precisamente en las posibilidades que ofrecen los encuentros intersubjetivos enmarcados en la propia cultura y que permite una mutua inteligibilidad de elementos que difícilmente pueden ser grabados o percibidos desde la mera observación externa.

comunicación aborda la variabilidad contextual de los géneros o estilos de habla en el seno de esta misma sociedad o, en una perspectiva intercultural, de una sociedad a otra.

Una de las cuestiones que se me ha planteado constantemente es cómo articular la relación entre los registros y las consideraciones sobre la organización social. En este sentido, la perspectiva metodológica adoptada parte no únicamente de aquello que constituye el texto del registro sino también del contexto de la interacción en sentido más amplio, es decir, un contexto entendido como un proceso en el que se interrelacionan elementos verbales, no verbales, cognitivos y sociales.

Esta cuestión pone sobre la mesa necesariamente los objetivos de esta investigación. Es decir, la precisión de los contextos que constituyen el telón de fondo de las actuaciones de los profesionales y de los que, en caso de conflicto, naturalmente el sujeto lego queda excluido dado el conocimiento especializado que se encuentra en juego.

En este sentido, evidentemente, el objetivo de este trabajo no es validar la realidad de los registros de campo con el conocimiento médico científicamente establecido como (con)texto de referencia, orientación que sí se pone en juego en muchas ocasiones cuando pretende comprobarse si se ha 'cumplido' con el derecho a la información.

El contexto de referencia de esta investigación lo constituye las asunciones de fondo que conectan las prácticas organizadas con el ejercicio social de la información. Las grabaciones obtenidas y transcritas constituyen textos para cuya recontextualización es esencial el conocimiento adquirido a través del análisis de la interacción teniendo en cuenta los factores del contexto que permite descifrarlos a partir de aquellas asunciones

implícitas de los participantes que son las que hacen inteligibles las actividades rutinarias.

5. Corpus

A fin de realizar un estudio de las relaciones interpersonales y la institución del hospital. He recogido datos de dos fuentes principalmente. Por un lado, he tenido acceso a los registros de quejas del Hospital infantil que me ha dado acceso para realizar mi investigación. Por otro lado, he creado un corpus de grabaciones de interacciones médico-paciente en los servicios de urgencias del mismo Hospital.

El corpus de entrevistas fue recogido en sesiones de aproximadamente siete horas en los que los pediatras me permitieron la grabación de las interacciones médico-paciente y la interacción entre los diversos médicos. Los resultados de este trabajo han sido 100 horas de grabación digital en 20 Minidisc.

Los participantes habían sido informados sobre la grabación y, a excepción de algunos casos, ninguno de ellos mostró su desacuerdo con la grabación

Mi presencia en el ámbito de un servicio de urgencias no fue casi observada por las características del espacio ya diseñado. Como espacio de interacción, se caracteriza por no tener una definición fija, sino que los pacientes y médicos se encuentran en unos “boxes”, es decir, unas habitaciones de unos 5x2 m² en los que el paciente y sus familiares, esperan la llegada del equipo médico.

El proceso de la grabación se realizaba del siguiente modo. En primer lugar, el doctor me presentaba y pedía a los pacientes su consentimiento. En segundo lugar, se iniciaba el acto médico y, en ese momento, empezaba a grabar si habían consentido.

Por lo tanto, las fuentes de los que provienen los datos son diversas y, de esta manera, se ha intentado profundizar en este complejo tema al menos integrando diversos puntos de vista. De este modo hemos añadido al final un apéndice con la transcripción de las principales interacciones grabadas. Las transcripciones son meras textos aproximativos que han querido reproducir el contenido y el lenguaje de los participantes conservando los registros y las lenguas en las que se expresan, pero sin hacer indicaciones de entonación ni otras marcas de transcripción más que indicaciones de pausas y silencios.

No quiero concluir esta introducción sin hacer constar por escrito mi más profundo agradecimiento a las personas que desde mi llegada a la Universidad Autónoma me han apoyado y aconsejado personal e intelectualmente. En primer término, a mis directores de este trabajo de investigación Francesca Puigpelat y Pompeu Casanovas quienes me iniciaron y animaron a continuar en la metodología de campo tan necesaria para mi investigación. Me gustaría también agradecer a Pilar Giménez el apoyo constante y el tiempo que me ha prestado para que pudiera dedicarme a la investigación en el campo.

También debo reconocer la inmensa deuda que tengo con Francesc Carrasco, quien me abrió el campo de esta investigación, y con los profesionales del hospital que me han apoyado con inmensa simpatía en mi trabajo y, como no, con las/os pediatras

que colaboraron activa y generosamente durante todo el tiempo que estuve en el campo. La única razón por la que no me refiero a ellos/as por su nombre es la confidencialidad pactada durante el trabajo.

CAPÍTULO 1. CONTEXTO JURÍDICO. LA RED SANITARIA.

1.1. Introducción

Este capítulo pretende, fundamentalmente, mostrar la estructura del sistema sanitario catalán y español. Recientemente, en la década de los noventa, se inicia un proceso de transformación profunda del sistema sanitario impulsado por las Administraciones Públicas (catalana y española). Estas transformaciones constituyen el contexto de referencia de las relaciones que nos proponemos describir en los siguientes capítulos, es decir, las rutinas o prácticas relacionadas con el funcionamiento de un servicio de atención al cliente y un servicio de urgencias médico-hospitalarias.

1.2. La situación sanitaria en España

El *Informe Sociológico sobre la situación social en España* de Caïs y Castilla (1995) inicia su análisis del Sector Sanitario con la siguiente constatación,

El sector sanitario es una muestra de las transformaciones sociales que se producen en España en los últimos años. En tres décadas España pasa de ser uno de los países con mayor mortalidad de Europa, a ser uno de los que mantiene niveles de salud más altos. Al inicio de la década de los noventa la esperanza de vida de la mujer española supera ya los 80 años, logrando poco

después una de las tasas más altas del mundo. Estas transformaciones se producen por causas poco analizadas¹. (Cais y Castilla, 1995: 227)

1.2.1. Gasto sanitario y salud

Según cifras estimadas por la OCDE (1996), el porcentaje del gasto sanitario total (público más privado) sobre el PIB, pasa en España del 5,9% al 7,6 % en el período 1982-1995. Las cifras oficiales muestran que en 1997 se habría alcanzado el 6,22% del PIB (Ortún, 1998). Según estimaciones también de la OCDE, en 1995 el gasto público sanitario representaba el 78,2% del gasto sanitario total. En relación con esta cifra hay que destacar el peso creciente del sector público en el gasto total en Sanidad, aun cuando en los últimos años el porcentaje se estabilizó en una participación que corresponde al 80% para el sector público y 20% a cargo del sector privado.

Según señala J. Cabases Hita (1999:24), “En resumen, el gasto sanitario en España (80% del gasto sanitario total) constituye un capítulo muy relevante del gasto público (12 de cada 100 pesetas de los presupuestos del conjunto del sector público y el 20% del gasto del Estado presupuestado para 1997). Sin embargo, no es muy elevado en relación al PIB (en torno al 6%) cuando se compara con otros países del entorno. La tradicional insuficiencia presupuestaria del INSALUD demuestra la incapacidad para controlar el gasto”

Los gráficos 1 y 2 ilustran el proceso de aumento del gasto sanitario en relación con países del entorno.

¹ El propio informe, sin embargo, después de analizar la confusa situación sanitaria española recoge la opinión de algunos autores que ponen en cuestión que la salud de los españoles sea tan buena. En primer lugar, porque el indicador de la esperanza de vida es un indicador grosero, “La esperanza de vida es un indicador sensible y adecuado en aquellas situaciones en que hay grandes diferencias de salud en la población”. Y, por otra parte, estos indicadores proceden del paradigma médico y, aunque se está trabajando, cuesta encontrar otros discursos que, en cualquier caso, han de atender no sólo al sistema sanitario sino a la mejora de la salud de la población.

**RENDA PER CAPITA Y GASTO SANITARIO TOTAL
PAISES OCDE 1994**

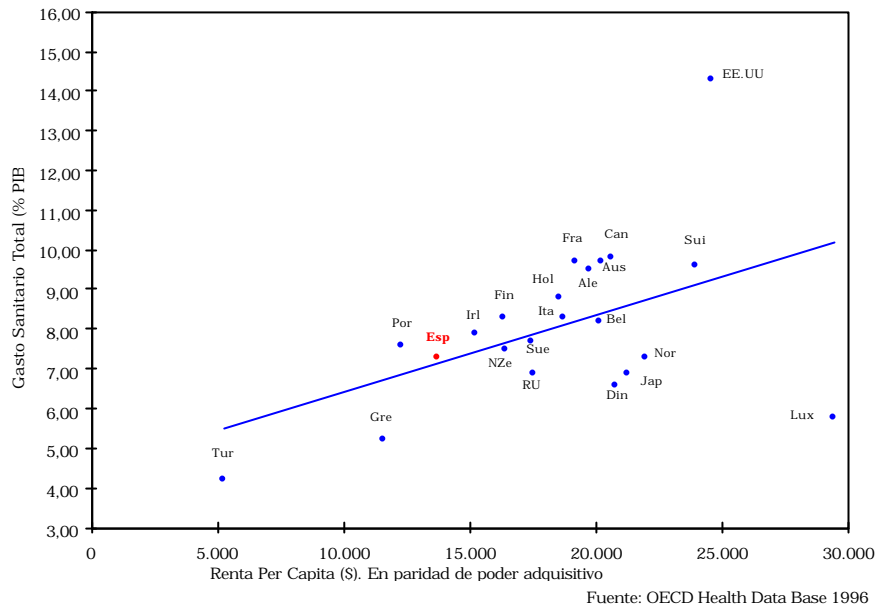


Gráfico 1

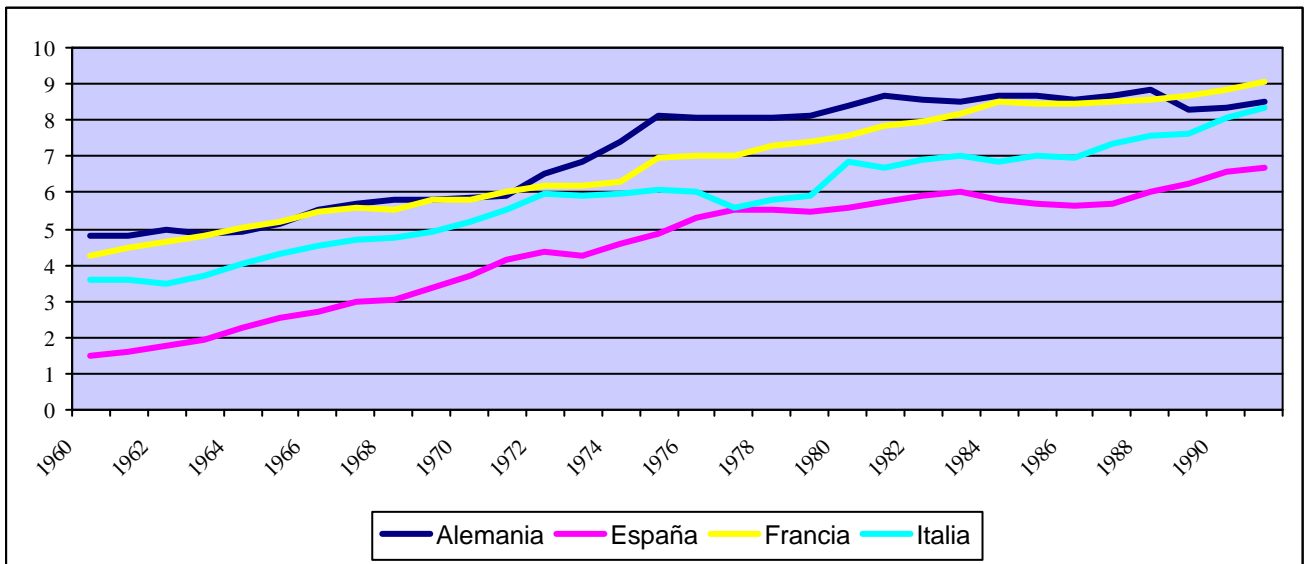


Gráfico 2

Desde el punto de vista económico puede decirse que la mejora de los niveles de vida de la población y el desarrollo económico general ha producido un fuerte crecimiento de los gastos sanitarios en el conjunto de países desarrollados. España, en concreto, ha presentado crecimientos importantes aunque el porcentaje de gasto sanitario sobre el producto interior bruto todavía es inferior a la media comunitaria, como apunta J. Cabasés.

El crecimiento del gasto en los servicios sanitarios puede depender de diversos factores. Los tres grandes factores en que se pueden descomponer el crecimiento en el gasto nominal en sanidad son (M. Parellada y G. García (1994:237)),

- el crecimiento de los precios de los servicios sanitarios (PS)
- la evolución total de la población bajo el sistema de universalización del sistema sanitario (POB)
- el nivel de utilización del sistema sanitario (U).

Es un hecho reconocido, según G.López i Casanovas (2001:13), que las necesidades (aspiraciones, demandas sociales) de los servicios sanitarios están influidos por los niveles de renta de una sociedad, entre otras razones (también influye el envejecimiento de la población y la capacidad de formación y búsqueda de los servicios sanitarios). Esta circunstancia debería suponer que en Cataluña, donde el nivel de renta y utilización de los servicios sanitarios son superiores a la del resto del Estado, hubiera una diferencia más importante que en otras comunidades entre el gasto sanitario y la financiación sanitaria pública estatal.

El autor plantea una serie de problemas o precisiones a la hora de establecer comparaciones entre las cifras ya que su utilización indiscriminada crea más confusión².

El punto de partida para el análisis ha de ser el nivel de desarrollo registrado en el conjunto del Estado español.

	Renta familiar bruta disponible per cápita España=100)	Convergencia real con la Unión Europea (media de la UE=100)	Mediana de crecimiento de renta por Comunidades Autónomas	Crecimiento acumulado
Andalucía	78,43	58,86	3,43	14,42
Aragón	109,77	88,63	3,23	13,57
Asturias	93,92	69,54	2,58	10,71
Baleares	143,36	125,82	3,29	13,82
Canarias	95,29	79,43	3,99	16,95
Cantabria	97,91	75,71	3,47	14,61
Castilla-LaMancha	83,24	64,14	3,59	15,17
Castilla-León	97,64	74,67	2,50	10,40
Cataluña	119,03	100,7	3,28	13,79
País Vasco	100,69	81,25	3,73	15,76
Valenciano				
Extremadura	79,99	59,67	3,07	12,84
Galicia	90,86	68,74	2,95	12,34
Madrid	113,27	103,05	4,04	17,18
Murcia	84,96	65,13	4,11	17,50
Navarra	114,44	95,43	3,59	15,15
País Vasco	113,2	93,36	3,54	14,92
La Rioja	112,37	91,46	3,96	16,80
Ceuta	82,01	62,4	3,00	12,53
Melilla	77,38	58,11	3,00	12,53

Tabla 1 Fuente INI (2000)

² El autor (2001:14) señala algunas matizaciones sobre cifras habitualmente utilizadas que nos parece relevante destacar:

Por lo que se refiere al cómputo del gasto considerado, ya sea financiado por el gobierno central o el que incluye también las aportaciones que cada comunidad autónoma puede estar realizando a partir de los recursos generales propios. Si se trata de la primera (la territorialización del gasto estatal) pueden surgir diferencias si se consideran, en el momento de la transferencia, los convenios de inversión u otros o únicamente el gasto ordinario corriente.

En segundo lugar, también se ha de considerar la cifra de población utilizada según se la de “derecho” (la censada, de hecho (de difícil medida real) o se incluye la población beneficiaria (funcionarios) Por otro lado, observa el autor, que los procesos de regularización de inmigrantes se ha de tener en cuenta dado los porcentajes de acogida en las diferentes Comunidades Autónomas.

En tercer lugar, también se discute el índice utilizado por el Insalud (el capitativo) para las comparaciones ya que presupone un concepto de servicio autonómico autosuficiente, es decir, una financiación territorial que no requiere matización por el porcentaje de población (en la realidad del Estado español 10 comunidades cuentan con menos de dos millones de habitantes).

La Tabla 1 refiere la renta disponible, es decir, después de impuestos y subvenciones. Muestra cómo la dinámica de crecimiento refleja una cierta convergencia. En este sentido, Cataluña o Baleares han crecido en los últimos años a un ritmo inferior a la media estatal.

Esta situación, como apunta G.López Casanovas (2001:17), obliga a huir de una realidad estereotipada y uniforme en lo que se refiere al gasto social. La siguiente tabla - elaborada por G.López y Casanovas- muestra cómo se han traducido las dinámicas apuntadas en el conjunto del gasto sanitario público a partir del dato más homogéneo relativo a la financiación central. Tabla 2

Comunidad Autónoma	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
España	57.975	72.854	76.454	82.318	84.45	89.723	91.263
Andalucía	55.462	62.02	72.623	73.163	80.982	83.429	87.823
Cataluña	58.532	65.236	74.287	76.301	86.043	89.871	94.874
País Vasco	58.095	64.955	70.893	76.446	85.87	91.503	96.708
Insalud	59.457	67.04	71.265	73.453	80.642	86.249	89.887
Media	57.887	64.813	72.517	74.841	83.384	87.763	92.323
Desviación típica	1483	1800	1463	1537	2576	3143	3603
Coefficiente de Variación	0,026	0,028	0,020	0,021	0,031	0,036	0,039

Comunidad Autónoma	1998	1999	%Incremento 91-99	%Incremento 91-95	% Incremento 96-99
España	99.253	102.582	76,9	45,7	14,3
Andalucía	96.628	100.515	81,2	46,0	20,5
Cataluña	104.184	108.217	84,9	47,0	20,4
País Vasco	101.474	107.260	84,6	47,8	17,2
Insalud	97.087	100.654	69,3	35,6	16,7
Media	99.843	104.161	80	44	19
Desviación típica	3.140	3.593			
Coefficiente de Variación	0,031	0,034			

En relación con este punto, López y Casanovas (2001:17) destaca que, en realidad, en España la comunidad autónoma de régimen ordinario que se separa más de la media en la financiación sanitaria pública es del 5%. En cuanto al gasto sanitario

público efectivo, en 1996 sobre presupuestos liquidados y sobre una base 100 para la cifra del INSALUD consolidado, correspondía un 98,3% a Andalucía, un 102,7% a Cataluña y un 114,7% al País Vasco.

Distribución territorial de los recursos del presupuesto del Sistema Nacional de Salud, 2000 Tabla 3

Comunidad Autónoma	Capacidad total
Andalucía	774.152.068
Canarias	172.360.930
Cataluña	697.228.930
Galicia	296.736.741
Navarra	57.642.777
País Vasco	233.084.792
País Valenciano	433.950.901
Gestión transferida	2.692.914.078
Gestión no transferida	1.659.921.516
Total SNS	4.352.835.594

Fuente: Ministerio de Sanidad. Datos y cifras, 2000

G. López y Casanovas (2001:25) analiza cómo efectivamente el nivel relativo que un Estado dedica a su sanidad se incrementa a medida que aumenta su renta³, sin embargo, como también señala este autor, esta tendencia, que explica las variaciones del gasto sobre las diferencias de renta, no implica necesariamente que deba extrapolarse al ámbito normativo en lo que concierne a la distribución de recursos públicos. Algunos

autores destacan este punto; así, Navarro y Bench (1996) en su estudio sobre *Desigualdades sociales en la salud en España* confirman la existencia de fuertes desigualdades en salud asociadas a las desigualdades en renta⁴.

En cualquier caso, debemos repetir lo que apuntábamos al principio: la práctica totalidad de los estudios recalca el acelerado progreso en los indicadores de salud. De tener unos de los indicadores de salud más bajos, España ha pasado a tener uno de los mejores indicadores de salud⁵.

Además del progreso en la esperanza de vida, también las tasas de mortalidad infantil⁶ parecen corroborar esa buena salud. El aumento generalizado del gasto público durante el período de crecimiento económico posterior a la II Guerra Mundial permite el desarrollo del Estado de Bienestar y, en lo que se refiere a los servicios sanitarios, consolida la universalización y gratuidad de las prestaciones a través de su financiación por los presupuestos generales del Estado. Este marco se teoriza desde un modelo de

³ Los factores que impulsan y absorben el gasto sanitario destaca el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos, la medicalización social creciente, etc.

⁴ Como explica G.López y Casanovas (2001:310) “Des d’un punt de vista apriorístic, les disparitats territorials en despesa i en política sanitària són un tret comú en l’escenari d’un estat descentralitzat. En realitat és prou sabut que el desenvolupament econòmic i social, al marge d’altres factors (envelliment, més capacitat de guarir i curar, medicalització social, avenços tecnològics, etc) empenyen la despesa sanitària. En general, com dèiem, a més renda, més despesa sanitària; en concret, per a això hi ha diversos factors impulsors: el pes de l’educació sanitària, la globalització del coneixement mèdic, les expectatives dels usuaris, més accés al dispositiu sanitari, millor qualitat assistencial (oferta inductora de demanda), més valoració social dels aspectes relatius a la qualitat de vida derivats de tractaments, etc.”

⁵ Los indicadores tradicionalmente utilizados para medir el estado de salud relativo para cada país es la esperanza de vida para varones y mujeres en el momento de nacimiento, la mortalidad infantil (como porcentaje del número de nacimientos vivos), la tasa bruta de mortalidad (medida como el número de muertes por cada mil habitantes), el porcentaje de población de 65 años o mayor y la edad media y mediana. Posteriormente se utilizaron indicadores de morbilidad basados en la incidencia y prevalencia de enfermedades de acuerdo a diagnósticos médicos (Clasificación Internacional de Enfermedades). Recientemente se han desarrollado indicadores más globales de salud y de capacidad funcional percibida. Estos últimos indicadores intentan reflejar otros aspectos de la salud: indicadores psicológicos, sociales y de medición de la calidad de vida.

⁶ En las tasas de mortalidad infantil por Comunidades parece reflejarse desigualdades sociales. En 1977, Cataluña presentaba seguida de Madrid, las tasas más bajas de mortalidad infantil del país (12,45 y 13,20 respectivamente). Mientras que Galicia (con 21,39), Asturias (con 28,83) y Castilla y León (con 20,49) presentaban las más altas. Parece producirse una correlación entre las Comunidades (regiones en el momento de la medición) con renta per cápita más alta y menor mortalidad infantil y renta per cápita más baja y mayor mortalidad infantil.

convergencia que plantea la desaparición progresiva de las diferencias de clase en el acceso a bienes y servicios y el desdibujamiento de las diferencias sociales (A. Maestro Martín: 43). Este modelo de convergencia responde a la elaboración teórica que -como explica A. Maestro- a finales de los años sesenta J.K. Galbraith presenta en su obra *La teoría de la Convergencia de los Sistemas Sociales*, en la que dibuja un modelo de sociedad postindustrial basada en el progreso tecnológico:

La transposición de los principios fundamentales de la Teoría de la Convergencia de los Sistemas Sociales al ámbito de la salud, da lugar a una línea de pensamiento según la cual los indicadores de salud y las principales causas de enfermedad y de muerte son semejantes para todos los países industrializados y constituyen el inevitable e inseparable correlato de la producción a gran escala, de la sofisticación tecnológica y, en definitiva, del progreso social. Vendría así a corroborarse la tendencia hacia la homogeneidad en el estado de salud de la población de todo el mundo, borrándose progresivamente las desigualdades entre grupos socioeconómicos y países a medida que avanzan hacia la ‘sociedad postindustrial única’. (A.Maestro: 43)

En este sentido, y así lo indican la mayoría de los autores, el proceso de industrialización y la mejora del nivel de vida ha modificado radicalmente los patrones epidemiológicos. Se generaliza el modelo que se caracteriza por: envejecimiento de la población, elevación de la esperanza de vida, el predominio de los patrones crónicos-degenerativos de morbi-mortalidad, aparición de nuevas enfermedades alérgicas, toxicológicas, genéticas y endocrinas.

Las circunstancias expuestas permiten a los autores extraer algunas conclusiones:

- La explicación de la ‘buena salud’ que se impone parece una tendencia común de los países desarrollados.
- La explicación de esta ‘buena salud’ depende fundamentalmente de factores socioeconómicos (Rodríguez y de Miguel, 1990).

- Sin embargo, no puede negarse la influencia central que todavía tiene, al menos en España, el modelo del sistema público sanitario para la consecución de una sociedad con menos diferencias sociales y sanitarias (Caís y Castilla, 1997).

E. J. Castilla (1999) analiza la utilización y composición de los sistemas sanitarios en relación con la evolución del estado de salud de la población en un período que va desde 1960 a 1990. El autor observa que, pese a la común evolución general apuntada, existen coeficientes de variación altos (divergencias) en cuanto a la utilización⁷. En este sentido, más allá de que globalmente se definan unos modelos como ‘apropiados’, existe una definición ‘concreta’ de lo ‘apropiado’ que depende de los gobiernos nacionales de los diferentes Estados.

Por otra parte, los indicadores muestran como el nivel de desarrollo socioeconómico (medido como PIB *per capita*) tiene un efecto positivo y significativo en la propensión de un país a tener poblaciones más saludables, con una mayor esperanza de vida y una menor mortalidad. El efecto del gasto público *per capita* en el estado de salud de la población no es significativo en ninguno de los modelos propuestos. (Castilla, 1999: 42).

Cabe precisar que en los países en desarrollo se conoce que a nivel PNB per cápita a partir de los 3000 dólares, la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil se estabilizan, permaneciendo constantes a medida que la renta crece. Es entonces cuando los avances en tecnología médica, junto a medidas del tipo de programas de salud

⁷ En el estudio se mide la variación internacional utilizando el *coeficiente de variación*, es decir, el cociente entre la desviación estándar de una variable y la medida aritmética de dicha variable, expresado como porcentaje. Cuanto mayor sea la disminución en el coeficiente de variación para una determinada variable o característica durante el período de tiempo especificado, mayor es el grado de convergencia. Asimismo, dado que se dispone de información durante períodos de tiempo diferentes, también se

pública y divulgación de los conocimientos sobre salud, parecen jugar un papel relevante en la explicación de los descensos de mortalidad.(Del Llano, 2000: 29)

Un aspecto que interesa destacar especialmente es el relativo a las estructuras y organizaciones sanitarias. Si bien el sistema sanitario español tiende a adoptar las estructuras y organizaciones similares a las del resto de países europeos, es decir, siguiendo el análisis planteado por Castilla (1999), existe a este nivel una gran convergencia. No resulta tan claro, sin embargo, hasta qué punto se da esta convergencia y qué procesos concretos sigue en el terreno de la organización. Finalmente, como ya apuntamos, tampoco resulta claro qué eficacia tiene la organización en la salud de la población.

En efecto, una de las principales dificultades que se plantean en relación con la evaluación de los nuevos diseños deriva de la dificultad de establecer criterios técnicos⁸ de eficiencia (en términos de salud) y, a pesar de ello, se dibujan (se institucionalizan) una serie de principios estructurales calificados como deseables y se califica de ‘racional y apropiado’ todo aquello que se haga para aproximarse a esos principios.

En este sentido, y en relación con el sector hospitalario que es el que genera un mayor gasto sanitario, quienes han estudiado los sistemas de control de los procesos productivos en el hospital plantean cómo se está avanzando en el control de la función técnica que persigue la eficiencia en la producción de productos intermedios y el control

presenta una medida de la tasa anual de cambio para cada una de las variables que identifican un determinado sistema sanitario nacional o el nivel de salud de la población. *Ibíd.* P. 33

⁸ En el sentido, de que las reglas técnicas que definen sus bases organizativas son todavía bastante inciertas. No es obvio de qué manera la tecnología y recursos existentes en el sector sanitario necesitan ser movilizados para promover y extender la salud de la población de modo eficiente. Ni tan siquiera existe principio alguno universal para una dirección eficaz de los sistemas sanitarios; los científicos sociales tienen todavía que conceptualizar nuevos indicadores de las mejoras en el cuidado de los pacientes. Además, es difícil discernir qué proporción de dichas mejoras de salud se debe al sistema sanitario, y qué proporción se debe a factores que no son sanitarios, como puede ser el aumento en el consumo de dietas equilibradas, un medio ambiente más limpio, medios de transporte y lugares de trabajo más seguros, y una distribución más justa de ingreso y educación. (Castilla, 1999: p.30-31).

de la función médica que persigue la eficiencia en el uso de los productos intermedios, si bien todavía no se ha avanzado suficiente en el control de los resultados en términos de salud de la actividad hospitalaria. (Cases, 1990)

La constatación de aquellos factores que son determinantes para la salud resulta, o debería resultar, fundamental para la adopción de concretas políticas sanitarias. Parece existir un consenso importante en que estas mejoras obedecen más a causas económicas, sociales y políticas que a intervenciones sanitarias. En este sentido, la asignación de recursos sanitarios debería obedecer a estos elementos determinantes.

Nos interesa especialmente atender a los aspectos de organización y utilización del sistema sanitario ya que muestra la importancia de las peculiaridades culturales, históricas, políticas y económicas de cada país⁹. En concreto, y fundamentalmente, las prácticas y las estructuras profesionales existentes definen el alcance de las transformaciones definidas ‘globalmente’ como necesarias y racionales.

Queremos plantear en qué medida puede trasladarse este modelo teniendo en cuenta las peculiaridades de la práctica médica, las estructuras y relaciones existentes (y resistentes) de la profesión médica y la sujeción jurídica de este ámbito de actuación pública, es decir, el desarrollo de la cultura de los derechos en el ámbito médico sanitario.

1.2.2. El debate en torno al sistema sanitario

⁹ E .J. Castilla en el artículo citado distingue entre culturas individualistas (aquellas que favorecen la autosuficiencia, autonomía individual, hedonismo, competición, separación emocional de grupos sociales; Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña, Canadá, Países Bajos) que tienden a gastar una menor proporción de su riqueza en el cuidado de la salud pública y culturas colectivistas (favorecen actitudes que reflejan sociabilidad, interdependencia, comunicación y una mayor integración familiar: Portugal,

La evolución del sistema sanitario español presenta algunas particularidades que queremos resaltar. El diseño del sistema sanitario público se inicia en la posguerra civil con la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (Ley de 14 de diciembre de 1942, la denominada “Ley Girón”)¹⁰, y con la aprobación, dos años después de la Ley de Bases de 25 de noviembre de 1944¹¹. Se completa, finalmente y para la situación que nos ocupa, en 1988 con el desarrollo del Sistema Nacional de Salud que configura la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En ese período hay que destacar un texto que excede la especialización en materia de sanidad, pero que constituye el vértice de cualquier despliegue normativo: se trata del art. 43 de la Constitución, que establece: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”. Si bien por su ubicación (Tit. I, cap.III: “De los principios rectores de la política social y económica” no se vincula directamente a la categoría de los derechos fundamentales, su íntima relación con numerosos preceptos del cap.II Sección 1ª enfatiza su relevancia¹². Por ello, cuando se desarrolle la Ley General de Sanidad se encontrará, junto a una regulación de la estructura del sector público de la sanidad, una relación de los derechos de los pacientes, como destinatarios finales de las políticas sanitarias. También la

España, Japón, Austria, Finlandia) que tienden a ofrecer una mayor protección sanitaria pública. La distinción que hace el autor la ponemos a efectos ilustrativos aunque creemos que debería matizarse.

¹⁰ Se proporcionaba este seguro para los trabajadores con menores rentas (menos de 9.000 ptas. anuales en 1945), con una cobertura que, en principio, alcanzó al 15-16% de la población y se extendió hasta un 50% de la población en 1960.

¹¹ Según la EM de la LGS (§ I,4), se multiplican y dispersan las funciones asistenciales con la ley del 44, asumidas por diferentes Administraciones públicas con sus respectivas políticas sanitarias, pero “ninguna de ellas se dirige, sin embargo, a la atención del individuo concreto, si la enfermedad que padece no es alguna de las singularizadas por su trascendencia. El dogma que perdura es el decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud”. Sobre la evolución histórica, Palomar Olmeda, Alberto: “La protección de la salud en la historia reciente (los s. XIX y XX)”, en Palomar Olmeda, Alberto: *Manual jurídico de la profesión médica*, Madrid, 1998, pág. 50 ss.

¹² Como referencia para situar el precepto, Palomar Olmeda, Alberto: “El tratamiento constitucional de la salud”, en Palomar Olmeda, Alberto: *Manual jurídico de la profesión médica*, Madrid, 1998, 115 y ss.

Constitución contempla el régimen de distribución competencial en la materia (art. 148.1.21 y 149.1.16 CE) que veremos más adelante.

Hechas estas precisiones, el Informe FOESSA (Tabla 4) reúne las características fundamentales de la evolución del sector sanitario en España, en una síntesis muy clara.

Tabla 4 EVOLUCIÓN DEL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL

Período	Estructura General	Financiación	Legitimación	Beneficiarios Reales	Modelo al que se tiende
1908-35	El Instituto Nacional de Previsión coordina seguros sociales inconexos	Estado y cotizaciones	Catolicismo reformista contrarrevolucionario	Algunos/as trabajadores manuales	Sistema integral de seguros sociales
1936-1943	Asistencia sanitaria en la Guerra Civil. Se siguen creando seguros	Ley de Seguridad Social	Los dos bandos contendientes	Los soldados en el frente y los/as civiles en la retaguardia	Hacia una coordinación del sector público bajo el Ministerio de Trabajo
1944-66	Seguro Obligatorio de Enfermedad, en el marco de la Ley de Bases de Sanidad Nacional	Obra Sindical de Previsión Social cotizaciones y mutualidades laborales	Falangistas, y a partir de 1964 los políticos del Plan de Desarrollo	Ministerio de Trabajo, líderes del movimiento y 'productores' económicamente	Un sistema para obreros industriales.
1967-1975	Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, organizada en la Ley de Bases de la Seguridad Social	Trabajadores y empresarios fundamentalmente	El Movimiento Nacional y la Comisaría del Plan de Desarrollo	Grupos profesionales, hospitales y su equipamiento, industria farmacéutica, sector privado concertado	Sistema para toda la población activa, empezando por jornaleros y continuando por clases media urbanas
1976-1981	Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, que en 1978 crea el INSALUD	Creciente por parte de las empresas	Ministerio de Sanidad (desde 197) y la Constitución de 1978	Industria farmacéutica y sector privado concertado	Se compite entre dos modelos: privatización, la UCD; Servicio Nacional de Salud, la izquierda
1982-1985	Insalud, pero diseñándose el Servicio Nacional de Salud (público y con control del sector privado)	Creciente por parte del Estado	Primer Gobierno socialista (82-86) y autores de los borradores de Ley de Sanidad	Se detiene la privatización	Unificación del sector público, con control de gasto, y reforzando la asistencia primaria
1986-1990	Desarrollo de la Ley General de Sanidad (aprobada en abril de 1986) y el Sistema	Hacia los Presupuestos Generales del Estado (a largo	Segundo Gobierno socialista (1986-90)	La población en general y el sistema sanitario	Universalización del sistema (toda la población, descentralización

	Nacional de Salud	plazo)			del sector público hacia las Comunidades Autónomas
1991-1993	Consolidación del Sistema Nacional de Salud y transferencias a las Comunidades Autónomas	Hacia los Presupuestos Generales del Estado (a largo plazo)	Tercer Gobierno socialista (1990-93)	Población total.	Concentración de recursos públicos en el SNS; coexistiendo con un sector privado competitivo
1994	Sistema Nacional de Salud con planificación interterritorial	Recortes presupuestarios e inicio de tickets moderadores	Cuarto Gobierno socialista sin mayoría parlamentaria	Universalización de la población.	Público / privado

Como observan J.A.Rodríguez y M.de Miguel (1988), España ha producido un sector sanitario peculiar. El contexto político en el que se desarrolla el Sistema Nacional de Salud coincide con un proceso de transición democrática y de desarrollo de un Estado de las Autonomías.

1.3. La organización y planificación sanitaria

El primer intento de desarrollar una política sanitaria de carácter integral lo protagoniza el PSOE al llegar al poder. El proceso, que se inicia en 1982 y culminará con la Ley General de Sanidad de 1986 (coincide con el primer cuatrienio de gobierno socialista), es complejo y, en cuanto a sus resultados, parece que no logró satisfacer a ninguno de los actores implicados¹³.

¹³ Una presentación general de la ley en Losada González, Herminio: "La Ley general de Sanidad", en Palomar Olmeda, Alberto (coord.): *Manual jurídico de la profesión médica*, Dykinson, 1998, págs. 711-731.

El documento que contiene el Programa sanitario para los primeros años de gobierno socialista se publica en mayo de 1983 bajo el título *Política general del Ministerio de Sanidad y Consumo*. El objetivo de la política sanitaria para este período se organiza en torno a dos cuestiones fundamentales: la unificación de las diversas estructuras sanitarias y la descentralización política a través de las transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas.

Este primer intento de reestructurar a fondo las estructuras sanitarias fue objeto de numerosas críticas. Como señalan J.A.Rodríguez y J.M.de Miguel,

La reforma socialista de 1982 – 1986 se plantea queriendo resolver demasiados problemas. Unifica y a la vez descentraliza el sector público, tratando al mismo tiempo de mejorar los ambulatorios y hospitales; y todo eso intentando mantener (e incluso reducir) los costes del sector sanitario. En este sentido el diseño de la reforma es relativamente miope, al no prever los problemas reales con que el sector público se iba a enfrentar a partir de 1986 cuando se trata de aplicar la reforma. (1990: 105)

Las principales críticas que se dirigieron a la reforma socialista eran que no realizaba un análisis profundo de las necesidades y, por tanto, se temía que únicamente fuese una reorganización de una parte del sector público. En este sentido, la reforma no daba una presencia concreta a la población, por ejemplo, no se realizó una Encuesta nacional de salud. La primera data de 1987 y sus resultados no se publicaron hasta 1990.

Tres son los problemas fundamentales que sufrió la ley para su aprobación (que finalmente se produjo el 18 de marzo de 1986); en primer lugar, la disputa que en relación con uno de sus objetivos fundamentales: la transferencia de competencias. Así las Comunidades Autónomas que participan en la discusión de la ley de manera previa a la presentación del proyecto en el Parlamento se oponen a muchas cuestiones que entienden invaden sus competencias. Sin embargo, éste era el eje sobre el que giraba la redacción del texto legal, como especifica la propia Exposición de Motivos (§ III,2):

El eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. El principio de integración para los servicios sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la Ley: en cada Comunidad Autónoma se constituirá un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma. Es básica la generalización de este modelo organizativo y el Estado para implantarlo, de las facultades que le concede el artículo 149.1.16 de la Constitución. La integración efectiva de los servicios sanitarios es básica, no sólo porque sea un principio de reforma en cuya aplicación está en juego la efectividad del derecho a la salud que la Constitución reconoce a los ciudadanos, sino también porque es deseable asegurar una igualación de las condiciones de vida, imponer la coordinación de las actuaciones públicas, mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones.

Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo, la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de dirección, en lo básico, y la coordinación del Estado. La creación de los respectivos servicios de salud de las Comunidades Autónomas es, sin embargo, paulatina. Se evitan en la Ley saltos en el vacío, se procura la adopción progresiva de las estructuras y se acomoda, en fin, el ritmo de aplicación de sus previsiones a la marcha de los procesos de transferencias de servicios a las Comunidades Autónomas¹⁴.

El segundo gran conflicto que estalla durante la tramitación del proyecto de ley sanitaria surge de la oposición de los sectores sociales afectados (profesionales sanitarios, industrias y proveedores de servicios sanitarios, corporaciones locales, usuarios/as). Con estos grupos de interés no se estableció desde el origen un proceso de

¹⁴ Y precisa el § III,8 EM: “Debe añadirse, en fin, que la integración de los servicios que la ley postula, al consumarse precisamente y de modo principal en el nivel constituido por las Comunidades Autónomas, puede producirse sin ninguna estridencia y superando dificultades que, sin duda, se opondrían al mismo esfuerzo si el efecto integrador se intentara cumplir en el seno de la Administración estatal. En efecto, muchos servicios con responsabilidades sanitarias que operan de forma no integrada en la actualidad en el seno de la Administración estatal han sido ya transferidos, o habrán de serlo en el futuro, a las Comunidades Autónomas. Se produce así una ocasión histórica inmejorable para superar las anteriores deficiencias organizativas, integrando todos los servicios en una administración única. La Ley toma buena nota de esa oportunidad e impone los criterios organizativos básicos de que se ha hecho mención,

diálogo y cuando se dio a conocer el Anteproyecto de la ley en 1984 se produjeron muchas reacciones y conflictos de manera que el Ministerio tuvo que realizar un proceso no institucionalizado, casi secreto, de negociación.

A estas tensiones, y en tercer lugar, se añaden las dificultades de financiación del Sistema Nacional de Salud y, finalmente, este punto acaba siendo uno de los más problemáticos de la ley. No logra el establecimiento de un Servicio Nacional de Salud que ofrezca asistencia sanitaria a toda la población; no articula la estructura del sistema sanitario alrededor de una concepción positiva de la salud; establece un proceso de doble centralización de la gestión y toma de decisiones que podría reducir la participación de la comunidad y de los profesionales sanitarios; y apenas considera las desigualdades sociales y los posibles mecanismos para intentar reducirlas y acabar con ellas (J. A. Rodríguez y J. M. de Miguel, 1990).

Ahora bien, en el año 1997, según fuentes del INSALUD¹⁵, la cobertura había pasado del 89,6% de 1983 hasta el 99,5%. También se produjo una evolución en la financiación. Hasta la aprobación de la Ley de Presupuestos de 1989, la financiación de la asistencia sanitaria provenía fundamentalmente de cotizaciones sociales y todos los ingresos de la Seguridad Social financiaban el conjunto de los gastos. A partir de 1989, se estableció un nuevo esquema de financiación del Sistema Nacional de Salud. En efecto, mientras que en 1989 las cotizaciones sociales representaban el 70,1% y la

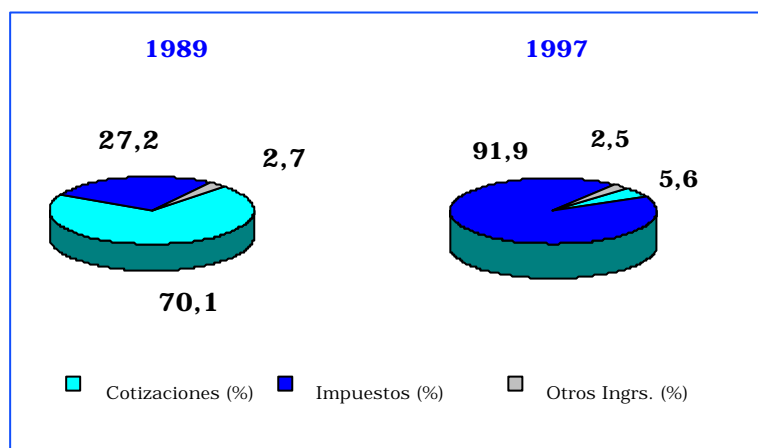
evitando que las Comunidades Autónomas reproduzcan un modelo que ya se ha probado inconveniente, o que aun introduzca una mayor complejidad, por la vía de la especialidad, en el sistema recibido”.

¹⁵ Los datos que aportamos a continuación se encuentran recogidos en el denominado Plan Estratégico del Insalud que tiene como finalidad,

planificar el futuro, de forma que se acorte la distancia existente entre el futuro previsible y el futuro deseado y no nos veamos rebasados por los acontecimientos, que con facilidad, nos separan de la línea a seguir. Con este Plan se pretende orientar y enmarcar los cambios necesarios en aquellos aspectos de la organización, gestión y provisión asistencial, con objeto de eliminar en la medida de lo posible los problemas detectados y fomentar e intensificar las fortalezas existentes.

aportación del Estado vía impuestos, el 27,2%, en el año 1997, la financiación por cuotas disminuye a un 5,6% y la derivada de los impuestos es del 91,9%.

FUENTES DE FINANCIACIÓN. COMPARACIÓN 1989 - 1997



Fuente: Mº de Sanidad y Consumo. El Presupuesto de la Seguridad Social. Datos y Cifras 1989 y 1997.

Hasta recientemente (1 de enero de 2002) se habían transferido las funciones y servicios del INSALUD a siete las Comunidades Autónomas, lo que afectaba a un 61,54 % de la población protegida, según los Acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera. A partir de 1 de enero de 2002 se transfirió la gestión del INSALUD a las diez restantes Comunidades Autónomas, que son las de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, Madrid, Murcia, La Rioja y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla¹⁶.

Finalmente, los días 6 y 7 de marzo de 1997 el “Plan Estratégico del INSALUD” fue analizado y discutido en las Jornadas de Segovia.

¹⁶ Este último proceso de transferencias no ha estado exento de polémica ya que las condiciones económicas ofrecidas por el Gobierno se consideraban insuficientes. El gobierno introdujo una enmienda a la Ley de Financiación Autónoma durante su tramitación en el Senado según la cual las CCAA que no

El proceso de traspasos ha seguido “unos ritmos muy lentos y desiguales”¹⁷. En una primera fase se transfirieron las competencias relativas a prevención y promoción de la salud, planificación y coordinación hospitalaria; en una segunda etapa se realizó la transferencia de las funciones y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), el organismo autónomo creado por Decreto-Ley 31/1972, de 29 de diciembre. Finalmente, la primera transferencia de la gestión de INSALUD se realiza en julio de 1981 a Cataluña y sucesivamente se han realizado las de Andalucía (1984), País Vasco y Valencia (1987), Galicia y Navarra (1990) y Canarias (1994)¹⁸.

El artículo 82 de la Ley General de Sanidad (14/86) regula el sistema de financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferidos a las Comunidades Autónomas¹⁹.

acepten las transferencias sanitarias quedan excluidas del Nuevo modelo de Financiación Autonómica y pasa a financiarse con anticipos mensuales a cuenta. El traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Salud se ha hecho efectivo a partir de 1 de enero de 2002 a través de los siguientes Reales Decretos publicados el 27 de diciembre de 2001.

¹⁷ González Morán, Luis: “Introducción al derecho a la asistencia sanitaria”, en Javier Gafo (ed.): *El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos*, Univ. Pontificia Comillas, Madrid, 1999, pág. 201.

¹⁸ En concreto: Catalunya en virtud del RD 1517/1981, de 8 de julio (si bien mediante RD 46/1993, de 15 de enero, se produjo una ampliación de los medios patrimoniales traspasados, al transferir el instituto Guttman), País Vasco mediante el RD 1536/1987, de 6 de noviembre; Valencia, RD 1612/1987, de 27 de noviembre; Galicia, RD 1679/1990, de 28 de diciembre; Navarra, RD 1680/1990, de 28 de diciembre y Canarias, RD 446/1994, de 11 de marzo.

¹⁹ Art. 82: “La financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas se efectuará a través de los Presupuestos Generales del Estado o de la Seguridad Social, según corresponda.

En el caso de aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran competencias para asumir las funciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la financiación de estos servicios transferidos se realizará siguiendo el criterio de población protegida. No obstante, antes de efectuar el reparto se determinarán, en primer lugar, los gastos presupuestarios necesarios para la atención de los servicios comunes estables y los relativos a centros especiales que, por su carácter, sea preciso gestionar de forma centralizada.

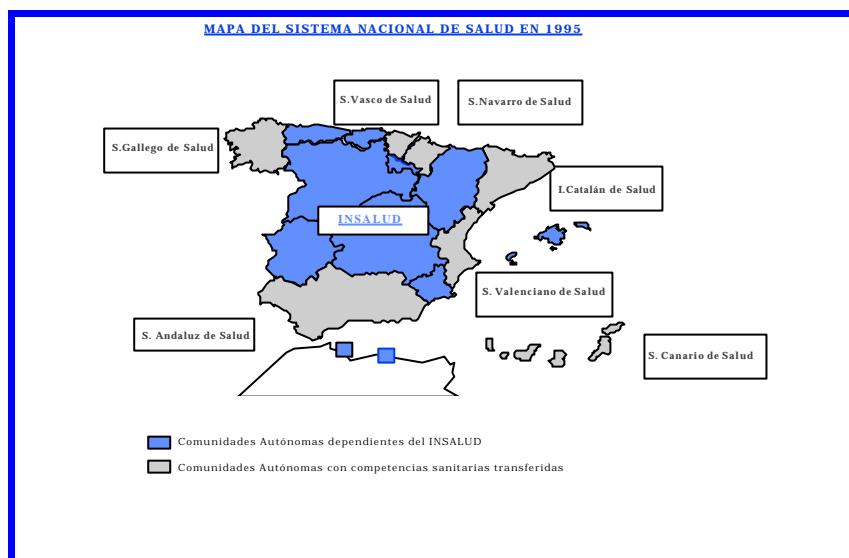
La desviación, positiva o negativa, entre el porcentaje del gasto sanitario en el momento inicial y el porcentaje de la población protegida será anulada en el transcurso de diez años al ritmo de un 10 por ciento anual.

Las Comunidades Autónomas elaborarán anualmente el anteproyecto del presupuesto general de gastos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social de los Servicios transferidos.

Este anteproyecto se remitirá a los órganos competentes de la Administración del Estado para su integración y adaptación a los recursos disponibles del Sistema de la Seguridad Social, presentándolo después a las Cortes Generales para su aprobación.

Los créditos iniciales serán globalmente integrados en el presupuesto de cada ejercicio que se autoricen a favor de la Comunidad Autónoma y tendrán carácter limitativo. no obstante, el presupuesto

El desarrollo de este sistema de financiación se ha producido mediante los acuerdos de traspaso de competencias, materializados en los respectivos reales decretos de transferencias, con cada una de las Comunidades Autónomas que han asumido la gestión de la asistencia sanitaria.



Así, hasta el momento, las Comunidades Autónomas han constituido sus Servicios de Salud, de acuerdo con lo previsto en la Ley General de Sanidad, atribuyéndoles distintas naturalezas jurídicas lo que ha conllevado la posibilidad de introducir, en ocasiones, nuevas fórmulas de administración y gestión.

Las funciones adscritas a los Servicios de Salud así como a las Consejerías no son idénticas en cada Comunidad Autónoma. Las Consejerías se reservan, generalmente,

liquidado al final de los servicios transferidos se afectará en la proporción adecuada, a partir del criterio de población protegida, a la desviación presupuestaria, positiva o negativa, habida en los servicios no transferidos, deducidos los gastos correspondientes a los servicios comunes estatales y los relativos proporcionalmente a centros especiales. Los compromisos de gastos que se adquieran por cuantía superior a su importe deberán ser financiados con recursos aportados por la propia Comunidad Autónoma, salvo que provengan de disposiciones vinculantes dictadas con carácter general para todo el territorio del Estado, cuyo cumplimiento lleve implícito un incremento efectivo del gasto.

La compensación entre Comunidades Autónomas por prestaciones de servicios se realizará en base al pago por proceso y, en su defecto, por las tarifas establecidas con otros criterios ”.

la función de planificación sanitaria. Sin embargo la función de compra de servicios queda ubicada, de forma indistinta, bien en las Consejerías, bien en los Servicios de Salud.

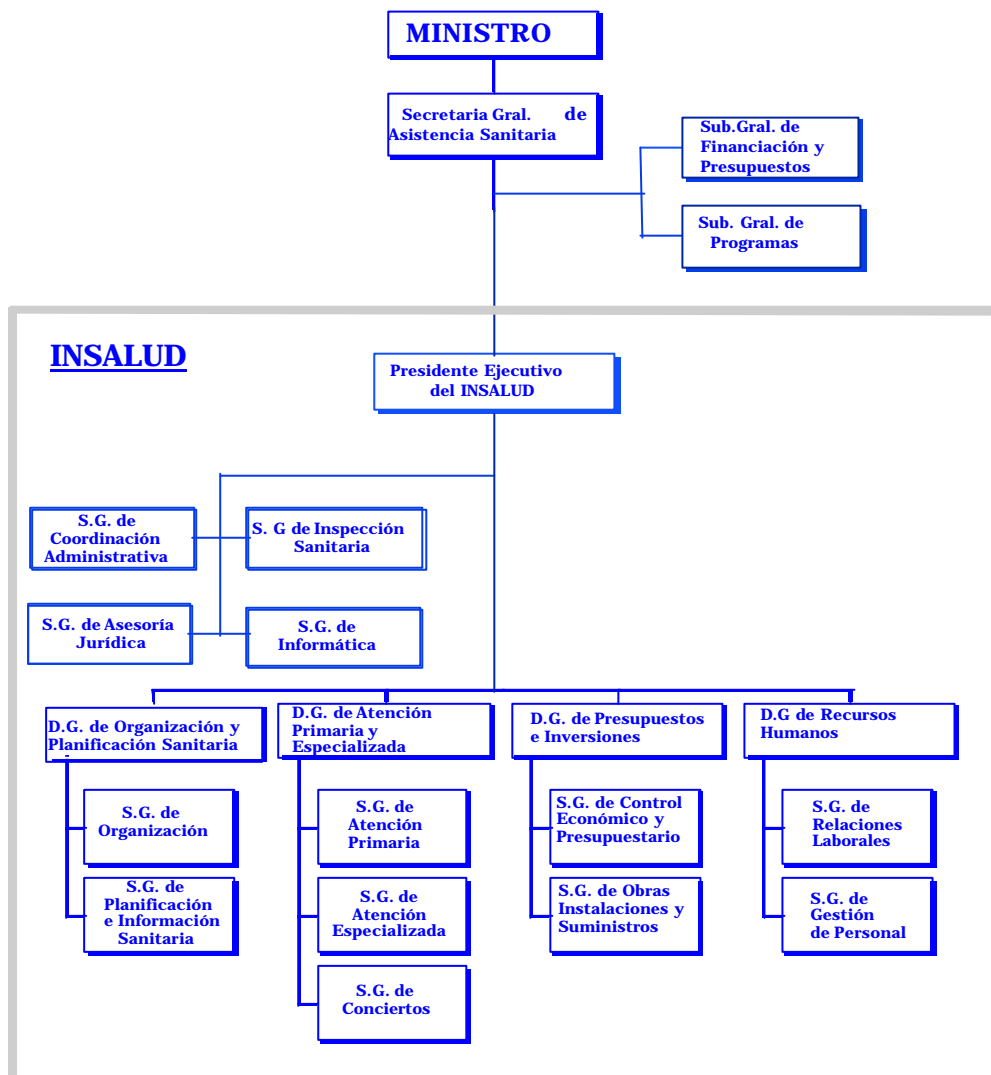
La descentralización de los servicios sanitarios ha sido muy lenta y ha derivado en la coexistencia de diversos modelos dentro del sistema sanitario español, a pesar de que la Ley General de Sanidad establecía unas directrices conjuntas. El proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas ha supuesto la incorporación, en la práctica, de rasgos propios y diferenciados en la aplicación de estas directrices.

El R.D. 1140/96 de 24 de mayo, por el que se reestructuran determinados organismos adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo, reitera que corresponde al INSALUD ser “entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito territorial de las Comunidades Autónomas que no hayan asumido dichas competencias, así como en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla”, y lo adscribe al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria:

- ◆ Al Secretario General de Asistencia Sanitaria corresponde la superior dirección del INSALUD y la representación legal del mismo, asumiendo en particular las competencias de planificación, dirección y evaluación de dicho Instituto.
- ◆ Mediante el R.D. 1893/96, de 2 de agosto, se constituye como órgano de superior dirección y gestión al Presidente Ejecutivo, cuya función asume el Secretario General de Asistencia Sanitaria y de quien dependen directamente los restantes órganos de dirección y gestión.

- ◆ Se contemplan además los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión (Consejo General y la Comisión Ejecutiva) y los de dirección y gestión que dependerán directamente de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria (Dirección General de Organización y Planificación, Dirección General de Atención Primaria y Especializada, Dirección General de Presupuestos e Inversiones y Dirección General de Recursos Humanos).

ORGANIGRAMA del INSALUD



1.3.1 Procesos de descentralización

El R.D. 347/93 configura la estructura periférica del INSALUD en: Direcciones Provinciales, Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Atención Especializada.

En la estructura actual del INSALUD no se contempla una organización que agrupe los servicios del Instituto en cada Comunidad Autónoma.

Toda la gestión económica del INSALUD viene enmarcada en la gestión económica de la Seguridad Social, tal y como viene desarrollada en el Real Decreto Legislativo 1/94, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Los elementos de mayor relieve de esta situación son los siguientes:

- ◆ Las cuotas, bienes, derechos, acciones y recursos de cualquier otro género de la Seguridad Social, entre los que se incluyen los correspondientes al INSALUD, constituyen un patrimonio único afecto a sus fines, distinto del patrimonio del Estado.
- ◆ La titularidad del patrimonio único de la Seguridad Social corresponde a la Tesorería General de la Seguridad Social
- ◆ La Tesorería General de la Seguridad Social interviene o participa en todas las operaciones de adquisición, enajenación y arrendamiento de bienes inmuebles así como en la realización de las operaciones de pago de todos los centros del INSALUD.
- ◆ Todos los actos de naturaleza económica del INSALUD se hallan sujetos a la acción de la Intervención General de la Seguridad Social,

dependiente de la Intervención General de la Administración del Estado, si bien en los hospitales y demás centros sanitarios del INSALUD la función interventora puede ser sustituida por el control financiero de carácter permanente.

- ◆ El régimen de contratación y de todas las compras del INSALUD debe ajustarse a lo dispuesto en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

El Plan Estratégico tiene como objeto el análisis de la situación existente y articular el cambio hacia el nuevo modelo de gestión que diseña la Ley de 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. En este sentido, el texto del Plan apunta,

La Ley General de Sanidad establece un modelo de organización burocrático, caracterizado por la gestión directa. No propone la clara separación entre las funciones de compra y provisión de servicios que sería necesaria para introducir mecanismos de competencia regulada.

A pesar de que se han producido algunos avances, en los procesos de asignar de una forma más racional los recursos dedicados a la sanidad mediante la introducción de los contratos programa, aún no se ha alcanzado el objetivo de crear unos modelos de gestión que simulen los procesos competitivos.

En la práctica, el INSALUD sigue actuando como provisor y comprador, o dicho de otra manera, no existe una separación efectiva de las funciones de compra y provisión, si bien es cierto que, tanto a través del último decreto de estructura del Mº de Sanidad y Consumo como, fundamentalmente, a través de la Ley 15/97 de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud procedente del Real Decreto-Ley 10/96, se garantiza la base de partida para dicha separación.

La Ley 15/97, establece un nuevo marco en el que se refuerza la necesidad de gestionar con criterios de gestión eficaz, garantizando la calidad de los servicios sanitarios, introduciendo la posibilidad de que la gestión de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios pueda llevarse a cabo directamente, o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho; entre otras formas jurídicas, dicha disposición ampara la gestión a través de entes interpuestos dotados de capacidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios, fundaciones u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico.

En esta Ley también se habilita expresamente al Gobierno y a los Órganos de Gobierno de las Comunidades Autónomas para determinar, reglamentariamente, las normas jurídicas, los órganos de dirección y control, el régimen de la garantía de la prestación, la financiación y las peculiaridades en materia de personal de las entidades que se pudieran crear para la gestión de los servicios.

En Cataluña este proceso se desarrolla con anterioridad y posee su propia peculiaridad.

1.4. La situación sanitaria en Cataluña.

Nos proponemos analizar un aspecto concreto en relación con el diseño de la red sanitaria catalana. En efecto, como veremos, parece que la reforma de la Administración sanitaria catalana -como también la española- especialmente en el desarrollo que se produce en la década de los 90, participa de una tendencia generalizada de reforma del

sector público sanitario en los países de la OCDE²⁰. Esta reforma parece pasar de un modelo organizativo jerárquicamente integrado de financiación y provisión de servicios a un modelo de relaciones contractuales entre estructuras desagregadas –casi-mercados (Gallego, 1996). Pero antes vamos a detenernos en la red sanitaria diseñada en Cataluña.

1.4.1. El Mapa Sanitario de Cataluña entre 1981- 1990

En el costoso proceso de gestación de la Ley General Sanitaria uno de los puntos más complejos obedecía a la complicada articulación del sistema de universalización de prestaciones y de unificación del sector público sanitario en el marco de un proceso de descentralización, es decir, de transferencias de competencias a las Comunidades Autónomas.

En efecto, el reparto de competencias previsto por la Constitución en el art. 149.1.16 atribuye al Estado la competencia exclusiva la determinación de las bases, la coordinación general de la sanidad y la inspección, mientras que a las Comunidades Autónomas, ex art. 148.1.21 CE, podrán, según se expresa sucintamente, asumir competencias sobre “Sanidad e higiene”²¹. Esas competencias se traducen, como plasmaba el propio art. 17.1 Estatut d’Autonomia de Catalunya (EAC), en el desarrollo legislativo y la ejecución de las bases estatales (“Correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l’execució de la legislació bàsica de l’Estat en matèria de

²⁰ A tal efecto, resulta de muy útil consulta la obra *La reforma de los sistema de asistencia sanitaria. Estudio de diecisiete países de la OCDE*, Ministerio de Sanidad y Consumo/BOE, Madrid, 1998, con una relación de tablas completa, aunque es la traducción de un estudio original publicado en 1994, y todos los índices son anteriores a esa fecha.

²¹ Hace notar Castillo Blanco, Federico: “Comentario al art. 148.121”, en O. Alzaga (dir.): *Comentarios a la Constitución española de 1978*, t. XI, Cortes Generales/Edersa, Madrid, 1999, pág. 188, que este título competencial ha sido recogido en los diferentes Estatutos de Autonomía, ya como unidad, o bien de forma independiente contemplando diferentes materias: “sanidad interior, higiene, ordenación

sanitat interior”). De alguna manera, el Estatut ya reconocía el alcance de su propia competencia, frente a la imprecisa redacción del art. 149 CE. Como en otras materias, si el estado se atribuía la competencia exclusiva sobre las “bases”, había que fijar el alcance de éstas²².

Ciertamente, ése es el criterio que han perfilado diversas sentencias del Tribunal Constitucional (SSTC 32/83, de 28 de abril y 42/1983, de 20 de mayo) que resolvieron conflictos positivos de competencias promovidos por el Gobierno vasco y la Generalitat de Catalunya contra el RD 2825/1981 sobre registro sanitario de alimentos y contra el RD 2824/1981, sobre coordinación y planificación sanitaria²³.

El proceso de definición del mapa sanitario catalán se remonta a agosto de 1978, momento en que el gobierno central propone la realización de un *Mapa sanitario del Territorio Nacional* que se base en mapas provinciales que debían realizarse en el plazo de 6 meses. En enero de 1979 y dado que el mapa no se había realizado, el President de la Generalitat (Josep Tarradellas) encarga al Consejero de Sanitat la realización de un

farmacéutica, coordinación hospitalaria en general, organización y administración de los servicios sanitarios, centros sanitarios y servicios públicos etc...

²² Es verdad que la Ley se autoproclama básica en su práctica totalidad; solamente quedan exceptuados de tal carácter algunos preceptos relativos a la actuación de las Inspecciones y a la Organización y funcionamiento de las Areas de Salud (González Cueto, T.: “Las Administraciones públicas en la protección de la salud: la distribución de competencias”, en Palomar Olmeda, Alberto: *Manual jurídico de la profesión médica*, Dykinson, 1998, pág. 694).

²³ En esta sentencia, el TC precisa los conceptos generales de aplicación. Las “bases”: aunque la competencia estatal para fijar las bases (“lo básico”) es una competencia normativa que corresponde al legislador, en algunas materias existen ciertas decisiones y actuaciones de tipo coyuntural que pueden tener asimismo un carácter básico por la interdependencia de éstas en todo el territorio nacional y por su incidencia en los fundamentos del sistema normativo. En relación a la “coordinación general”, aunque constituye un reforzamiento o complemento de las bases, es una competencia distinta a la de fijación de las mismas. Presupone la existencia de competencias autonómicas en materia de sanidad que el Estado debe respetar, y así ni la fijación de bases ni la coordinación general deben llevar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las competencias de las Comunidades Autónomas. En consecuencia, la competencia estatal analizada debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario. Por último, la “Alta inspección” constituye una competencia estatal de vigilancia, pero no un control genérico e indeterminado que implique dependencia jerárquica de las Comunidades Autónomas respecto a la Administración central” (vid. González Cueto, *cit. supra*, pág. 697).

mapa. El primer mapa se aprueba en enero (*Mapa Sanitari Catalunya 1979, MASACA 79*) de 1980 y, en abril, se publica un informe sobre *La sanitat a Catalunya*, si bien nunca llegó a ser aprobado por la Generalitat. No es hasta diciembre de 1985 cuando se publica el *Desarrollo del Mapa Sanitario de Cataluña 1983 (MASACA 83)*, mapa que había sido encargado en 1982 y que estaba previsto aprobar en 1983, de ahí su fecha.

La transferencia de competencias del Estado, en materia de promoción y prevención de la salud, se realizó de modo prácticamente simultáneo para las Comunidades Autónomas de País Vasco (Real Decreto 2209/1979, de 7 de septiembre en materia de Agricultura, Sanidad y Trabajo, BOE de 21 de septiembre); Cataluña (Real Decreto 2210/1979, de 7 de septiembre, sobre transferencia de competencias de la Administración del Estado a la Generalitat de Cataluña en materia de Agricultura, Cultura, Sanidad y Trabajo (BOE de 21 de septiembre); Andalucía (Real Decreto 1118/1981, de 24 de abril de traspaso de competencias, funciones y servicios del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia de sanidad (BOE 15 de junio).

Posteriormente se produjo de forma gradual el proceso de transferencia de funciones y servicios del Insalud. Los traspasos de servicios y funciones del Insalud se asumieron por las Comunidades Autónomas y, en el caso de Cataluña, por el Real Decreto 1517/1981, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalitat de Catalunya en materia de seguridad social (Insalud e Insero) (BOE nº202, de 24 de julio de 1981).

1.4.2. La organización institucional de la asistencia sanitaria: el modelo sanitario catalán

Tras la transferencia de competencias en 1981, la Ley 12/1983, 14 de Julio, d'Administració Institucional de la Sanitat, l'Assistència i els Serveis Socials de Catalunya (DOGC 345, 15.7.83) regula el aparato organizativo para el desarrollo de las competencias transferidas. Para la gestión de los servicios y prestaciones se crea el Institut Català de la Salut (ICS), al que la ley atribuye personalidad jurídica y plena capacidad patrimonial. Al efecto, se le asigna naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social. Pero, teniendo en cuenta que además de gestionar los servicios y prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, gestiona los servicios y prestaciones sanitarias de la Generalitat, la ley establece en su articulado una separación estricta entre ambos, dado que respecto al patrimonio de la Seguridad Social rigen los principios de unidad de caja y solidaridad financiera del sistema.

La Ley 12/83 pretende con la creación del ICS potenciar las fórmulas de descentralización en la gestión de los servicios sanitarios aunque de manera matizada ya que la aprobación de su estructura, así como los planes de actuación sanitaria y los proyectos de presupuesto dependen del Consell Executiu, i al Departament de Sanitat i Seguretat Social le corresponde la dirección, vigilancia y tutela del Instituto así como el control, inspección y evaluación de la gestión y del equipamiento y servicios. Esta estructura de dependencia se fija finalmente a través del Decreto 436/1983, 6 octubre, modificado posteriormente por el 141/1989, 30 de mayo.

La estructura territorial del ICS se fija por Decreto 572/1983, 15 de diciembre que crea las Àrees de Gestió, definidas como unidades básicas para la gestión y coordinación de los servicios de la red sanitaria de utilización pública. Las Àrees de Gestió pueden ser territoriales y funcionales. Se introduce la figura del gerente en su dirección. El Decreto 572/1983 crea 9 áreas de gestión: Lleida, Tarragona, Tortosa,

Girona, Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme, Centre, Barcelona-ciutat i Vall Hebrón. A través del Decreto 23/1984, 12 de enero, se estructuran las áreas de gestión en tres grandes unidades funcionales: servicios sanitarios, servicios de personal y servicios de administración.

Finalmente, la aprobación de la ley 15/1990 d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) formaliza el modelo sanitario. Como se recoge, por ejemplo, en la Memòria d'activitat 2000 del Servei Català de la Salut,

Es tracta d'un model sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no d'utilització pública, i que recull una tradició d'entitats (mútues, fundacions, consorcis, centres de l'Església) històricament dedicades a l'atenció de la salut i que complementen una xarxa sanitària de la Seguretat Social fins llavors poc desenvolupada. Aquest model d'integració s'inicia amb la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP), la que comptava amb més diversificació de proveïdors, aleshores amb una setantena de centres i dels quals només vuit eren centres propis de la Seguretat Social. Des de la XHUP el model s'estén a altres línies (primària, sociosanitària, salut mental) i a altres serveis sanitaris (emergències, transport sanitari). (p.7)

Algunos de los ejes de este nuevo modelo los perfilaremos brevemente.

a. La reforma de la atención primaria

La reforma de la atención primaria se inicia con el Decreto 84/1985, 21 de marzo, que quiere recuperar la atención primaria como base del sistema. Este Decreto sigue las líneas establecidas por el Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud que marca como tales las Zonas de Salud, los Centros de Salud, los Equipos de Atención Primaria y los coordinadores médicos. La legislación catalana establece algunas peculiaridades.

La reforma de la atención primaria en Cataluña se basa en la ordenación del territorio en Àrees Bàsiques de Salut (corresponde a las Zonas de Salud del Insalud) a las que se les atribuye actividades preventivas y de promoción de la salud a través de un equipo multidisciplinar: los equipos de atención primaria que se organizan en los Centros de Atención Primaria (CAP). Los Equipos de Atención Primaria (EAP) lo integran médicos generales, pediatras-puericultores, odontólogos-estomatólogos, diplomados de enfermería/Ayudantes técnicos sanitarios, auxiliares de enfermería, asistentes sociales.

Las Àrees Bàsiques de Salut (ABS), conforme a la ley, se delimitan atendiendo a factores geográficos y demográficos, sociales y epidemiológicos homogéneos siguiendo como criterio general que abarque una población comprendida entre los 5000 y 25000 habitantes, salvo en el espacio urbano en que se puede llegar a 40.000 habitantes. Actualmente se ha delimitado todo el territorio de Cataluña.

b. El sector sanitario

A través del Decreto 78/1990 de 20 de marzo se crea el Sector Sanitario, que es una estructura territorial conformada por un conjunto de Àrees Bàsiques de Salut (ABS) y que posee una estructura de dirección, gestión y participación comunitarias y que tiene como finalidad la gestión y administración de centros, servicios y establecimientos de atención primaria de Institut Català de la Salut, incluidas las especialidades médicas de soporte y referencia (radiodiagnóstico, análisis clínicas y rehabilitación) y combinan los recursos del área de la atención hospitalaria de utilización pública en el espacio territorial respectivo.

c. La asistencia hospitalaria

El MASACA 83, además de los recursos sanitarios, incluye una planificación sanitaria: Planificación sanitaria pública a Catalunya: Desplegament del Mapa Sanitari de Catalunya 1983. Uno de sus principales inventos es la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (XHUP). Esta *xarxa* se justifica por la necesidad de dotar de recursos hospitalarios al sector público, dada la insuficiencia de los recursos hospitalarios propios de la Seguridad Social en Cataluña. La XHUP incluye, por tanto, tanto a los hospitales propios de la Seguridad Social como a los concertados. Los hospitales que quieran integrarse en la XHUP han acreditarse y para ello el Gobierno dictó una serie de normas de acreditación (Orden 25 abril de 1983, DOGC 325, 4.5.83). La acreditación se logra cuando los hospitales poseen una determinada estructura física y de servicios que se adecuen a los requisitos legales²⁴. La acreditación supone, en 1985, la vinculación del centro hospitalario al ICS a través de un concierto. Esta situación cambiará, como veremos, con la Llei d'ordenació de 1990.

El MASACA 83 incluye además una clasificación de hospitales, ordenados jerárquicamente según su nivel de complejidad. El mapa define tres niveles de atención hospitalaria: un nivel básico, vinculado estrechamente a la atención primaria; un nivel intermedio, de 'referencia', con especialidades médicas; y un tercer nivel que concentra las altas tecnologías y las superespecialidades. Esta clasificación determina, en última instancia, el pago de los servicios que presten (añaden marginales). La asignación de nivel se asocia a objetivos asistenciales.

²⁴ Uno de tales requisitos es la publicación de una Carta de Derechos

La integración en la XHUP comporta la sumisión a la planificación que dicte el Departament de Sanitat i Seguretat Social, la asignación del nivel que le corresponda y el logro de objetivos asistenciales y de actividad que se define para cada centro. Por otro lado, el poder público les garantiza su utilización preferente respecto a cualquier centro ajeno a la red.

Otra de las consecuencias derivadas de la integración en la XHUP deriva de la necesidad de cumplir una serie de obligaciones: adaptar las cuentas y la contabilidad a un plan estándar, suministrar indicadores de gestión, las hojas de altas, asegurar el control de la calidad asistencial, realizar una auditoría anual y presentar un plan trienal con la previsión de recursos e inversiones.

Otro instrumento básico para la planificación hospitalaria ha sido el Pla de Reordenació Hospitalaria (PRH) elaborado en 1986 con el consenso de todas las partes implicadas. Este plan presenta como objetivos superar los desequilibrios existentes en el ámbito tecnológico, económico y territorial en la distribución de camas de la XHUP. Para lograr favorecer la actividad inversora que los centros han de hacer para llegar a cumplir los objetivos fijados, la Generalitat les concede avales para garantizar las operaciones de crédito que han de concertar con entidades bancarias o financieras.

Igualmente, se han creado consorcios sanitarios para aprovechar, racionalizar y gestionar más eficazmente los recursos disponibles en determinados ámbitos territoriales.

Estos consorcios, creados al amparo de la facultad de autoorganización de la Generalitat de Catalunya (arts. 9 y 17 EAC²⁵), se integran por ésta y por aquellas

²⁵ Article 17: 1. “Correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de sanitat interior.

2. En matèria de seguretat social, correspondrà a la Generalitat de Catalunya:

entidades, públicas o privadas, con intereses sanitarios en la zona. Esto ha permitido crear otra entidad, con personalidad jurídica diferenciada de las entidades que lo integran, para la gestión común de los servicios sanitarios.

Hasta el momento existen 5 consorcios:

- Consorci Hospitalari de Vic. Creado por D 302/1986, 9 de setiembre
- Consorci Hospitalari del Parc Taulí. Creado por D 341/1986, 13 octubre
- Consorci Hospitalari de Terrassa. Creado por D 58/1988, 10 de marzo.
- Consorci d'Hospitals de Barcelona. Creado por acuerdo del Pleno del Ayuntamiento de Barcelona y del Consejo Ejecutivo de la Generalitat (sus Estatutos se publicaron en DOGC 1108, 17.2.89).
- Consorci Unitat de Diagnòstic per la Imatge i l'Alta Tecnologia (UDIAT). Creado por D 88/1990, 20 de marzo.

Finalmente, la Ley 8.11.1985 (DOGC 621, 4.12.85) regula la estructura orgánica de dirección, gestión y administración de las Instituciones Hospitalarias de la Seguridad Social en Catalunya.

1.4.3. La llei 15 d'Ordenació Sanitària de 9 de julio de 1990

a) El desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat, salvant les normes que en configuren el règim econòmic.

b) La gestió del règim econòmic de la Seguretat Social.

3. Correspondrà també a la Generalitat de Catalunya l'execució de la legislació de l'Estat sobre productes farmacèutics.

4. La Generalitat de Catalunya podrà organitzar i administrar amb aquestes finalitats i dintre el seu territori tots els serveis relacionats amb les matèries susdites, i exercirà la tutela de les institucions, entitats i fundacions en matèria de sanitat i seguretat social, mentre que l'Estat es reservarà l'alta inspecció conduent al compliment de les funcions i competències contingudes en aquest article.

5. La Generalitat de Catalunya ajustarà l'exercici de les competències que assumeixi en matèria de sanitat i de seguretat social a criteris de participació democràtica de tots els interessats, així com dels sindicats de treballadors i associacions empresarials en els termes que la llei establirà.

Esta ley eleva el rango formal de lo previsto en los Decretos 84/1985 y 78/1990, atribuyendo, además, a los EAP actuaciones de salud pública de la población comprendida en el ámbito del ABS, y configura el Sector Sanitari como la estructura sanitaria territorial en la cual se ordenan las Regiones Sanitarias del Servei Català de la Salut²⁶.

La ley trata de ordenar los recursos sanitarios existentes en el sentido de compatibilizar la tendencia creciente del gasto sanitario con la restricción presupuestaria del gasto. Esta ley se anticipa a las propuestas que después se incluyeron en el Informe y recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, conocido como Informe Abril Martorell, en el sentido de separar la financiación pública de la provisión de servicios – pública y privada – con el fin de mejorar la eficacia.

La ley tiene como objeto fundamental la creación del Servei Català de la Salut que se presenta como Agencia pública adscrita al Departament de Sanitat i Seguretat Social. Al Servei Català de la Salut se le dota de personalidad jurídica propia y de una considerable libertad para la gestión de la sanidad en Cataluña. Se enmarca jurídicamente como Administración Institucional sujeta al Derecho Administrativo en cuanto a su funcionamiento interno, pero con capacidad para operar como sujeto privado –esto es, utilizando normativa del derecho privado- en las relaciones con otros organismos o empresas.

Por tanto, la ley dota al Servei Català de la Salut de capacidad para gestionar la compleja red catalana de salud. No obstante, para su gestión se prevé la articulación de diferentes mecanismos. La creación de nuevos proveedores como empresas públicas; a

²⁶ Una exposición sucinta en Losada González, Herminio “La ordenación de los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”, en Palomar Olmeda, Alberto: *Manual jurídico de la profesión médica, cit*,

través de consorcios que pueden crear empresas instrumentales, o tomando parte directamente en organizaciones públicas o privadas.

La estructura organizativa del Servei incluye:

- a. Área de recursos que es responsable de la planificación, formulación de políticas y contratación²⁷.
- b. Regiones Sanitarias que se encargan de la ejecución y control de las políticas del SCS, la gestión de los recursos a través de la celebración de contratos y la planificación en el interior de cada región sanitaria. Las regiones sanitarias se vinculan al Área de Serveis i Qualitat²⁸.
- c. Los Sectores de Salud en el seno de las Regiones Sanitarias que integran y suministran Áreas Básicas de Salud, con infraestructura y gestión propia, y que se encargan de la gestión y evaluación de los recursos y así como de participar en la planificación del Sector²⁹.

La LOSC diseña un modelo eminentemente descentralizado y desconcentrado, conforme aparece en los principios informadores del sistema sanitario de Catalunya recogidos en el artículo 2³⁰, en el que el Plan de Salut³¹ se constituye en instrumento principal³².

pág. 777 y ss.

²⁷ En el organigrama del Departament de Sanitat i Seguretat Social el Área de Recursos se integra: Gerència de planificació econòmica; Divisió de recursos econòmics; Divisió de recursos físics; Divisió de contratacions; Divisió d'assessoria jurídica; Divisió de recursos humans i Règim intern; Programa d'implantació de Tecnologies de la informació i de les comunicacions '<http://www.gencat.es/sanitat>'.

²⁸ El 'Área de Serveis i Qualitat' se integra orgánicamente: Subdirecció General de Polítiques de Qualitat i Compra de Serveis; Divisió d'Atenció al Client i Qualitat; Divisió de Compra de Serveis i Relacions amb Proveïdors; Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions complementàries.

²⁹ Área Sanitària incluye: Gerència de Planificació Sanitària integrada por la Divisió d'Atenció Hospitalària; Divisió d'Atenció Primària; Divisió d'Atenció Sociosanitària. Y la Gerència d'Atenció Psiquiàtrica o Salut Mental; Divisió de Seguiment i Avaluació de la Demanda; Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT).

³⁰ Art.2. Principis informadors

La protecció de la salut, l'ordenació i l'organització del sistema sanitari de Catalunya, en els termes establerts en aquesta Llei, s'ajusta als principis informadors següents:

El Servei Català de la Salut³³ assumeix complexes funcions:

Concepció integral i integrada del sistema sanitari a Catalunya, fent especial èmfasi en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.

Descentralització i desconcentració de la gestió.

Universalització per a tots els ciutadans residents a Catalunya dels serveis sanitaris de caràcter individual o col·lectiu.

Participació comunitària en la formulació de la política sanitària i el control de la seva execució.

Racionalització, eficàcia, simplificació i eficiència de l'organització sanitària.

Equitat i superació de les desigualtats territorials o socials per a la prestació dels serveis sanitaris.

Sectorització de l'atenció sanitària.

Promoció de l'interès individual, familiar i social per la salut mitjançant, entre altres, una adequada educació sanitària a Catalunya i una correcta informació sobre els recursos sanitaris existents.

Control sanitari del medi ambient.

³¹ El desarrollo de las actuaciones sanitarias a través de la puesta en marcha de planes sanitarios de las respectivas regiones se acompaña de un proceso presupuestario descentralizado. La Región sanitaria elabora sus presupuestos sobre la base de los datos proporcionados por los Centros que informan al SCS de sus actividades a través de una serie de indicadores sanitarios y económicos (artículo 54 LOSC). Los Gerentes de las respectivas Regiones sanitarias obtienen información para la elaboración de líneas de actuación sin que esto suponga interferir en el funcionamiento de los centros. El artículo 54, en su párrafo 1 dice,

Els centres i els establiments a què fa referència l'article 5 d'aquesta Llei han de comptar amb un sistema integral de gestió que permeti implantar una direcció per objectius i un control per resultats, delimitar clarament les responsabilitats de direcció i de gestió, i establir un adequat control en l'avaluació dels diferents paràmetres que influeixen, de manera preponderant, en els costos i la qualitat de l'assistència.

Estos centros referidos en el artículo 5 son:

Els centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio-sanitària de la Generalitat, inclosos els transferits de la Seguretat Social i de l'Administració institucional de la sanitat nacional, que s'hi integren a tots els efectes.

Els centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio-sanitària de les Diputacions catalanes, dels Ajuntaments i de les altres entitats locals de Catalunya, que s'hi integren o adscriuen funcionalment, en els termes que prevengin les normes de transferència o els respectius convenis subscrits a aquests efectes, segon correspongui.

Els centres, els serveis i els establiments de protecció de la salut i d'atenció sanitària i socio-sanitària de les fundacions benèfica-assistencials vinculades a les Administracions Públiques, i aquells no inclosos en els epígrafs anteriors, amb preferència sense ànim de lucre, mitjançant els quals sigui imprescindible satisfer necessitats del sistema sanitari públic a l'empared dels pertinents convenis, que s'hi adscriuen funcionalment.

³² La Exposición de Motivos de la Ley señala en su apartado VII,

S'estableix el Pla de Salut com a instrument principal de la planificació sanitària en el qual es contemplan les línies directives i de desplegament de les activitats, els programes i els recursos del sistema sanitari de Catalunya, i al qual haurà d'ajustar-se en la seva actuació l'Administració Sanitària.

Finalment, la llei regula les competències dels ens comarcals i dels municipis en aquesta matèria, tot completant així l'ordenació sanitària de Catalunya.

³³ El Artículo 50 de la LOSC de 1990 adscribe al Servei Català de la Salut los bienes y derechos:

Els bens i els drets de tota mena de què és titular la Generalitat de Catalunya afectes als serveis de salut i assistència sanitària.

- a. Formula polítiques sanitàries: organització, planificació, programació i avaluació dels serveis sanitaris, socio sanitaris i de salut pública.
- b. Assumeix funcions regulatives com el establiment de les línies generals i els criteris d'actuació que obliguen jurídicament als proveïdors funcionalment adscrits al Servei Català de la Salut.
- c. Execució de les seves funcions: establiment, gestió i revisió de tots els acords quasi-contractuals que té amb els proveïdors: 'Convenis' amb els proveïdors públics i 'Conciertos' amb els privats.
- d. Funcions de finançament que impliquen la distribució dels recursos econòmics, corresponent a l'exercici pressupostari, per a la cobertura universal que prevé el Sistema Nacional de Salut a Catalunya.
- e. Finalment, el Servei Català de la Salut té funcions de gestió com la administració i gestió dels 'proveïdors integrats en el SCS', que són fonamentalment aquells integrats en l'Institut Català de la Salut, la gestió i execució dels programes de salut, i la gestió dels serveis i drets coberts pels serveis de salut pública a través de formes de gestió públiques i privades.

En definitiva, la llei d'ordenació catalana estableix com a principals rasgos econòmics un sistema sanitari mixt en consonància amb la estructura de llits de

Els béns i els drets de tota mena afectes a la gestió i l'assistència sanitària transferits de la Seguretat Social. A aquest respecte s'ha de tenir en compte tot allò que prevé la Disposició Adicional Setena de la Llei General de Sanitat.

Els béns i els drets de les entitats municipals, comarcals i provincials que siguin adscrits d'acord amb els termes i els terminis establerts per aquesta Llei o previstos, segon correspongui, en la norma de transferència o en els convenis d'integració respectius.

Tots els béns i els drets dels consorcis, les societats, incloses les mercantils de capital majoritàriament públic, i les fundacions públiques, que siguin adscrits d'acord amb els terminis establerts a la Llei.

2. Constitueixen el patrimoni propi del Servei Català de la Salut tots aquells béns i drets que adquireixi o rebi per qualsevol títol.

provisión pública en Cataluña –de las cuales el 30% son propiedad de la Seguridad Social y el 70% son concertados, que supone financiación y responsabilidad pública de la prestación de servicios sanitarios y medios de producción eficientes, ya sean públicos o privados³⁴.

Esta ley trata de dar una respuesta, como señalábamos, al aumento de los gastos sanitarios a través de una serie de mecanismos que entendemos de especial interés para nuestra investigación. En efecto, quienes elaboraron esta ley estudiaron muy de cerca los cambios que en ese momento se estaban introduciendo en el sistema inglés e incorporaron algunas de sus previsiones encaminadas a que el espacio hospitalario se organizara siguiendo criterios de gestión empresarial³⁵.

³⁴ Resulta interesante la lectura del Informe que, sobre el sistema sanitario español, especialmente los mecanismos de atención y la evolución del gasto, realizó una comisión de senadores del Senado francés, con desplazamiento inclusive de una delegación, entre los días 13 a 18 de septiembre de 1999 (y que se enmarcaba en la voluntad de buscar soluciones a la propia problemática francesa). En la Sesión ordinaria de 1 de marzo del 2000, se expusieron algunos datos. Se prestaba especial atención al sistema catalán, y se destacaba la peculiaridad de que: “Désormais, le service catalan de santé " achète " des activités hospitalières à des établissements qui , pour 70 % de l'activité, sont de droit privé et, pour seulement 30 %, de droit public. La répartition des budgets ne traduit pas cependant le poids respectif des établissements dans la satisfaction des besoins de santé hospitaliers, puisque les hôpitaux privés ne perçoivent, selon le responsable d'une organisation hospitalière, que 55 % du financement public, les hôpitaux publics en recevant 45 %.Les contrats passés entre le service catalan de santé et les établissements prévoient un financement par activité (hospitalisation, consultations externes, urgences, techniques de pointe) en fonction des besoins de la population. Le système catalan semble plus performant, du point de vue des coûts, que le système public à gestion centralisée : ainsi, le coût salarial dans les établissements privés est inférieur d'un quart au coût salarial dans les hôpitaux publics. Si un hôpital privé, au cours d'une année, a une activité inférieure à l'activité prévue, il ne reçoit que les financements correspondant à son activité réelle. Dans le cas contraire, il est pénalisé financièrement. La contrainte de l'ajustement repose donc essentiellement sur ces établissements de santé privés, qui ne sont de surcroît pas autorisés à faire des bénéfices. Les dépenses publiques de santé en Catalogne, qui s'élèvent en 1999 à 694.024 millions de pesetas, représentent 4,14 % du PIB de la Catalogne. Elles sont en progression, par rapport à 1998, de 6,49 %.” (vid texto completo en www.senat.fr/rap/r99-247/r99-2470.html).

³⁵ El sistema sanitario inglés se encontraba desde mediados de los años 80 enfrentado a la necesidad de encontrar una salida a los problemas de viabilidad planteados por el sistema nacional de salud. Se partía de la convicción de la necesidad de incorporar criterios de gestión empresarial que, por su parte, no podía funcionar de manera absolutamente ajena a los criterios médicos y profesionales. Los nuevos sistemas de burocracias públicas suponen complejas mediaciones entre profesionales y gestores. En efecto, tradicionalmente los profesionales y los gestores se han mantenido en sus respectivos ámbitos de conocimiento (March y Olsen, 1976), sin que existiesen posibilidades de comunicación. En este sentido, diferentes estudios y discursos se orientaban hacia la necesidad de establecer formas de colaboración entre los profesionales médicos y los gestores como clave para el funcionamiento del sistema. Estos estudios planteaban cómo podría darse la convivencia entre dos grupos de diferente formación (Mulder, 1971). Finalmente, a mediados de los años 80 se introdujeron en el Sistema Nacional de Salud inglés,

La estrategia de organización que pone en marcha la Ley de Ordenación de 1990 inicia un proceso de integración del sistema público sanitario en el mercado desde el reconocimiento de la importancia del sector de la sanidad desde el punto de vista económico. En efecto, esta ley consagra el sistema de separación entre proveedor y comprador. Sin embargo, como señala Raquel Gallego(2000), una cosa es la previsión que establece la ley, que resulta más o menos ambigua,³⁶ y otra es la interpretación que se ha hecho de ella en el sentido de establecer la separación de funciones como objetivo que afecta a todos los proveedores.

En unas Jornadas que se celebraron poco después de la publicación de la ley citada, en 1991, se hace hincapié en la necesidad de valorar el sector de la sanidad en convergencia con los sectores económicos y universitarios, “que tenen coses a dir en el camp de la sanitat” (M. Alavedra³⁷). El discurso inaugural de estas jornadas, pronunciado por Macià Alavedra, recuerda que,

La despesa sanitaria té una finalitat pública quant a prestació de serveis al ciutadà. Però cal considerar també el sector de la sanitat com un conjunt d'empreses productores de serveis sanitaris, la gestió de les quals s'ha d'inspirar en els principis bàsics de la gestió empresarial en els àmbits de la producció i distribució

Y en este espacio inaugural, el Sr. Macià Alavedra nos hace un esbozo de la ley de ordenación recientemente promulgada,

gestores generales siguiendo un informe emitido por Griffiths en 1983. Se pretendía que estos gestores generales subordinasen a la profesión médica estableciendo una dependencia jerárquica, sin embargo, resultó un intento fallido y, seguidamente, el Gobierno introdujo el mercado en el Sistema Nacional de Salud(NHS) en 1989 con el ‘White Paper Working for Patients’, cuyas previsiones, como apuntamos, fueron tenidas muy en cuenta por la ley catalana de 1990. Entre los cambios previstos para la gestión del hospital en el mercado se encontraba la adopción de una nueva estrategia: frente al gestor encargado de controlar a la profesión médica se optó por transformar algunos médicos en gestores. Las direcciones médicas, por tanto, se ocuparon por miembros de la profesión médica.

³⁶ La ley, como nos recuerda R. Gallego (2000) se refiere a los ‘proveedores’ en cuanto ‘integrados o funcionalmente adscritos al’ nueva autoridad sanitaria que la ley establece, ‘el Servei català de salut’

³⁷ M. Alavedra, ‘Conferencia inaugural’, Fulls Econòmics del sistema sanitari. 3. El Sector de la Sanitat com a sector de serveis, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1992.

Per un costat, l'ordenació d'un sistema sanitari públic a Catalunya d'acord amb els principis d'universalització, d'integració de serveis, de simplificació, de racionalització, d'eficàcia i d'eficiència de l'organització sanitària.

Per un altre, la llei preveu també la diversitat de fórmules de gestió –directa, indirecta o compartida- que es poden utilitzar en la gestió i l'administració dels serveis i les prestacions del sistema sanitari públic. Això permet avançar en la incorporació de mecanismes de gestió empresarial adequats al caràcter prestacional de l'Administració sanitària, malgrat la seva naturalesa pública.

Per últim, la llei consolida, mitjançant la institucionalització de la Xarxa hospitalària d'Utilització Pública, un sistema sanitari mixt basat en l'aprofitament de tots els recursos, ja siguin públics o privats, amb l'objectiu d'assolir una ordenació hospitalària òptima.

La llei preveu, d'aquesta manera, l'homogeneïtzació adequada de les prestacions i la utilització correcta dels recursos humans i materials, seguint així la tendència general dels països desenvolupats.

A Catalunya qui determina la política sanitària és, obviament, el conseller de Sanitat i de Seguretat Social, tot i que aquesta s'ha d'incloure, com ell sap molt bé i, en tot cas, tan bé com jo mateix, en l'entorn econòmic general i està subjecta a unes restriccions pressupostàries que determina l'Administració central, a les quals em referiré posteriorment.

Encuentros similares a este entre los años 1990 y 1994 donde los principales actores pertenecen a la Unión Catalana de Hospitales con importantes intereses empresariales y el Consorcio de Hospitales de Cataluña, así como miembros integrantes del Institut Català de la Salut, marcan el desarrollo de la Ley de Ordenación de 1990 hacia una ejecución que asume criterios del discurso académico en torno al 'New Public Managment'. Uno de los puntos centrales de este discurso, como nos dice R. Gallego (2000) es la separación de los papeles entre el comprador y el proveedor en el seno del sector público y, por tanto, la asunción de contratos frente a la forma habitual de actuación de la burocracia pública en la que ambas funciones se actuaban por la misma persona pública. Esta línea teórica, según la autora, ha sido asumida por la Administración catalana a través de la interpretación de la Ley de Ordenación conforme a los criterios del discurso NPM, sin que esta orientación se encuentre expresada en la letra de la ley tal y como fue aprobado por el Parlamento de Cataluña.

La nueva gestión empresarial de la red sanitaria catalana fomentada a partir de la ejecución de la Ley de Ordenación de 1990 alcanza incluso a los proveedores que se encontraban directamente gestionados por el Institut Català de la Salut. El Institut Català de la Salut aunque formalmente posee un presupuesto independiente como órgano de gestión administrativa de la Seguridad Social, se transforma ‘de manera ficticia’ en una empresa pública que contrata sus servicios con el Servei Català de la Salut, con quien firma contratos³⁸. La actuación, por tanto, de los Planes de Salud que elabora el Departament de Sanitat i Seguretat Social se articula a través de una compleja red de contratos.

Sin embargo, cabe plantearse hasta qué punto el complejo diseño público / privado de gestión puede suponer -como también apunta R.Gallego (2000)- un mecanismo para eludir el Derecho Administrativo, para, en terminología generalizada entre los juristas publicistas, “huir “ del derecho administrativo³⁹ .

³⁸ Como nos explica R. Gallego, a partir de 1992 en adelante la ubicación presupuestaria anual del Institut Català de la Salut se tradujo en términos contractuales a través de un ‘contrato-programa’, instrumento que se entendió como condición necesaria para posterior establecimiento de la perspectiva empresarial entre ambos administradores. El contrato-programa se acompañó de una auditoria externa. El proceso de negociación se llevó a cabo entre los órganos centrales de dirección de ambas organizaciones con el acuerdo de todos los niveles de provisión. Entonces el Institut Català de Salut asignó su presupuesto (derivado del contrato-programa) entre sus unidades proveedoras – hospitales y centros de atención primaria, que no poseen personalidad legal independiente porque, formalmente, el ICS es un proveedor único. En el caso concreto de los hospitales cada uno de ellos llegó a un acuerdo con la dirección del ICS y, posteriormente, negociaron el correspondiente contrato programa con el SCS conforme al cual sus asignaciones presupuestarias (costes) dependían explícitamente de los servicios (actividades) que tenían que suministrar. Este proceso significa, como señala la autora, que por primera vez los hospitales bajo el ICS deben obligatoriamente facturar sus servicios. Al mismo tiempo por primera vez se introducen técnicas de contabilidad.

³⁹ La “huida del derecho administrativo” es una de las cuestiones actuales recurrentes entre los administrativistas. Para sus coordenadas, MARTIN RETORTILLO: “La huida del derecho administrativo”, en *El derecho civil en la génesis del derecho administrativo y sus instituciones*, Madrid, 1996; asimismo, SALA ARQUER, J.M.: “Huida al derecho privado y huida del Derecho”, *REDA*, 1992, pág. nº 75, pág. 399; BORRAJO, I.: “El intento de huir del Derecho administrativo”, *REDA*, 1993, nº78, pág.233.

1.5. **El derecho a la protección de la salud y el alcance jurídico de las formas y modelos organizativos.**

Una de las cuestiones que resultan fundamentales desde el punto de vista jurídico tiene que ver precisamente con la enorme flexibilidad y variedad de posibilidades de organización de los servicios proveedores de salud. Como hemos apuntado, en la descripción del modelo catalán existe una amplia posibilidad de diseñar la organización de la prestación de salud: a través de la creación de entes instrumentales de titularidad pública de distinta naturaleza jurídica, con formas de gestión directa o indirecta.

Sin perjuicio de la importancia que esta flexibilidad tiene para la evaluación de las políticas públicas, desde el punto de vista jurídico, parece claro que esta posibilidad de articulación de formas de gestión tiene un límite que deriva del artículo 43 de la Constitución que hace responsables a los poderes públicos del cumplimiento del derecho a la protección a la salud.

En este sentido, la construcción jurídica de la responsabilidad de estos nuevos⁴⁰ entes proveedores de un servicio público resulta esencial. Creemos importante adentrarnos brevemente en esta cuestión, dada la trascendencia que tiene para valorar el alcance jurídico del derecho a la información.

Como hemos señalado, estas nuevas fórmulas de gestión buscan dotar de mayor eficacia y eficiencia al sistema y, desde esta perspectiva, no existe ningún obstáculo para que los centros sanitarios operen de manera autónoma y se sometan al Derecho privado. Este mecanismo de creación de un mercado interno sanitario que, como vimos, se potencia en Cataluña con la Ley de Ordenación de 1990, se ha desarrollado también en

⁴⁰ En el sentido de asumidos por el Servei Català de la Salut para el desarrollo de funciones de proveedores.

el territorio gestionado por el INSALUD, a través de la Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que sustituyó a la regulación establecida por el D-Ley 10/1996, de 17 de junio, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD.

Estas normas han habilitado a la Administración sanitaria para la creación de entes privados. Como observa Mir Puigpelat (2000: 111), a quien seguimos en este punto, mientras que los Servicios de Salud autonómicos ha preferido la constitución de sociedades mercantiles, el INSALUD se ha decantado por la fundación privada. Sin embargo, como observa Mir Puigpelat,

“Esta tan estrecha vinculación a la Administración sanitaria, unida a la circunstancia de que las entidades que estamos contemplando desarrollan una actividad que cabe tildar de administrativa, demuestra que, pese a poseer una personalidad jurídica de Derecho privado (y tener, por tanto, naturaleza privada) carecen de autonomía respecto a la Administración pública”. (2000: 113)

El problema que parece no plantear excesivos problemas en este caso, se reproduce para aquellos entes privados por constitución y por capital a los que la Administración pública ‘compra’ las prestaciones de salud para sus administrados. La respuesta en este caso, es también clara: “no son Administraciones públicas” (Mir Puigpelat 2000: 115). En este sentido, parece que en principio el régimen aplicable sería el del derecho privado, esto es, el de responsabilidad civil extracontractual regulado en los artículos 1902 y ss. del Código civil basado y que se fundamenta en la idea de culpa⁴¹. Coincidimos, no obstante, en la objeción que plantea el autor,

“Sin embargo, como es obvio, con ello no queda zanjada la cuestión. Porque no parece admisible que la Administración pública encargada de prestar el servicio público de asistencia sanitaria (el INSALUD y los Servicios autonómicos de Salud) quede exonerada de responsabilidad por el mero hecho de crear una

⁴¹ La regulación del Código civil viene fundamentada en la atención al elemento subjetivo, como enuncia, como principio clásico, el art. 1.902: “El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”.

personalidad jurídico-privada interpuesta que sólo formalmente se distingue de ella; no parece admisible, en definitiva, que el ejercicio de la potestad organizatoria de la Administración, justificado únicamente por razones instrumentales, de eficiencia, acabe acarreado una mengua de las garantías de los administrados, los cuales dejarán de beneficiarse de un régimen de responsabilidad de tipo objetivo y pasarán a someterse al subjetivo propio del Derecho privado, con las especiales dificultades que presenta en el ámbito médico. El mandato constitucional contenido en el artículo 106.2 de la CE queda, en fin, burlado, si se permite a la Administración eludirlo a través del simple mecanismo de constituir entes absolutamente dependientes de ella, pero que carecen de la consideración de Administraciones públicas por el solo hecho – formal- de poseer una personalidad jurídica de Derecho privado”. (2000:119)

De todos modos, y casi a título de curiosidad, si atendiéramos en su literalidad al art. 1 de la Ley 15/1997, las fundaciones estrictamente privadas no tendrían cabida. El art. 1 menciona “cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho” cuando las fundaciones, desde su constitución, no pueden situarse estrictamente en uno de los dos grupos. Pero que se está pensando en ellas lo avala la Exposición de Motivos de la propia ley, cuando aclara que “entre otras formas jurídicas, la presente disposición ampara la gestión de entes interpuestos dotados de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones –en los mismos términos que las ya creadas- u otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en nuestro ordenamiento jurídico”⁴². Se debe señalar, en último lugar, que puede resultar innecesario recurrir a figuras calificadas de naturaleza privada, pero que persiguen “fines de interés general” (art. 34 Constitución) cuando los entes públicos se orientan y justifican, precisamente, por la voluntad de cumplimiento de esos fines. Aunque a su vez cabe contrarrestar esta postura con el argumento gubernativo, avalado

⁴² Aún así, se debe tener presente que las fundaciones sanitarias *stricto sensu* se introducen y regulan para territorio INSALUD en el art. 111 Ley 50/1998, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (Ley de Acompañamiento a los Presupuestos Generales del Estado), que puntualiza que se trata de organismos públicos que se registrarán supletoriamente (en lo no previsto en el art. 111) por la LOFAGE para la categoría “entidades públicas empresariales”, lo que implica reconocerles personalidad jurídico-pública, ergo podrían ser consideradas Administraciones públicas a los efectos de la Ley

doctrinalmente, de que el poder público es libre de escoger la forma organizativa que prefiera, lo que los alemanes denominan *Freiheit der Formenwahl*.

1.5.1. El paciente-usuario en la nueva estructura del mercado sanitario. Las cartas de derechos y deberes: el derecho a la información

A través de este trabajo queremos plantearnos algunos ejes de esta transformación que efectivamente se encuentra en marcha no únicamente desde los procesos externos y formales apuntados sino desde los actores y sus prácticas.

El marco básico de los derechos de los ciudadanos, respecto de las Administraciones Públicas sanitarias, se establece en el artículo 10 de la Ley General Sanitaria⁴³. El conjunto de derechos recogidos en este artículo es dispar. Algunos autores

30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común”.

⁴³ Art. 10: “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

5. A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

c. Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.

han propuesto una clasificación sintética de los mismos que permite agrupar la disparidad de derechos, que no únicamente se encuentran en el citado artículo 10 sino también en otros preceptos de la LGS.

En concreto, G.Bardají y M.Viñas (2001: 36-37) creen que el marco de los derechos en el ámbito sanitario podría ser el siguiente:

- a. Derecho de participación a través de instituciones comunitarias (art.10.10) y derecho de información general (arts. 6.2, 10.2 y 18). También incluyen aquí las autoras el derecho a la reclamación y propuestas de sugerencias (art.10.12) si bien en este caso la condición de quien interpone la reclamación o sugerencia es la de usuario.
- b. Respeto a la dignidad humana e igualdad (art.10.1)
- c. Respeto a la intimidad (art.10.1) que incluye el derecho a la confidencialidad de la información que afecta a los ciudadanos (art.10.2)
- d. Derechos relativos al acceso y desarrollo de la asistencia sanitaria que comprenden:

8.A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.

9.Negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.

10.A participar, a través de las Instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.

11.A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a el allegada recibirá su informe de alta.

12.A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.

13.A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de Salud.

14.A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.

15.Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.”

- derecho a la libre elección de médico y demás sanitarios titulados (art.10.13 y art.14)
 - derecho a la asignación de un médico como interlocutor (art.10.7)
 - derecho a la libre autodeterminación del paciente, que incluye su derecho a elegir entre las diversas opciones que le presente el responsable médico (art.10.6), a negarse al tratamiento salvo en los casos legalmente previstos (art.10.9), y a no someterse sin previo consentimiento a procedimientos que puedan ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación (art.10.4)
- e. Derecho a la información, de contenido diverso y complejo y que, en su vertiente individual, incluye:
- Información sobre los derechos y deberes de los usuarios (art.9)
 - Educación para la salud (arts. 6.2 y 18.1)
 - Información para el consentimiento y terapéutica (art.10.5 y 10.6)
 - Información sobre el estado de salud que incluye el derecho a obtener una certificación acreditativa sobre su estado de salud cuando sea exigida por una disposición legal o reglamentaria (art.10.8), a la expedición de informe de alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria (art.10.11), a que quede constancia por escrito de todo su proceso (art.10.11), al acceso a la historia clínica (art.61).

Recientemente en el ámbito de Cataluña se ha aprobado, con carácter de documento programático, en la sesión de gobierno del Consejo Ejecutivo de 24 de julio de 2001, la *Carta de Drets i deures dels ciutadans, en relació amb la salut i l'atenció*

sanitària, con fecha 24 de Julio de 2001⁴⁴. Según señala el conseller de Sanitat, Eduard Rius al presentar el texto : “la carta és una aposta per contribuir a la millora de l’atenció sanitària que s’ofereix als ciutadans de Catalunya, tot consolidant unes fites a les quals sortosament ja hem arribat, i fent possible que s’arribi a d’altres que el nou segle ens demana”.

Con anterioridad a esta Carta de derechos, la normativa de ‘acreditación de los centros hospitalarios y de estándares de calidad’ exigía a aquellos centros que se integraban en la XHUP la promulgación de una carta de derechos: desde 1983, mediante Orden de Acreditación de 25 de abril (que ya vimos antes), por el cual se regulaba la acreditación de los centros de servicios asistenciales de Catalunya, estableció como norma de cumplimiento ineludible para aquellos centros y servicios que pretendieran obtener la acreditación la obligación de entregar, en el momento del ingreso, un escrito que contuviera los derechos y deberes de los pacientes. Dichos derechos y deberes estaban contenidos en la propia norma de acreditación. Precisamente, la publicación de esa Orden dio lugar a la constitución de un grupo de expertos que redactó un documento que contenía los derechos de los enfermos de los hospitales. Dicho documento se hizo público en 1984, en forma de opúsculo editado por el Departament de Sanitat (bajo la denominación *Drets del malalt usuari de l’hospital*) y constituyó el punto de referencia para ulteriores reflexiones. En 1991, una nueva Orden de Acreditación –vigente en la actualidad, de 10 de julio (DPGC nº 1477, de 7 de agosto) estableció como requisito de acreditación la evaluación del grado de cumplimiento de los derechos recogidos en el opúsculo del 84. Estas disposiciones han constituido los antecedentes de la relativamente reciente *Carta de Drets i deures dels ciutadans* de 24 de julio de 2001.

⁴⁴ Consultable en www.gencat.es/sanitat/portal/cat/assc.pdf

En otro orden de cosas, aunque por la necesaria limitación de la investigación no estudiamos esta norma, debe traerse a colación la Llei 21/2000 de 29 de diciembre sobre *Els drets d'informació concernents a la salut i l'informació clínica*.

El perfil de estos derechos en este nuevo marco lo analizamos no desde la elaboración teórica sino desde el análisis de un instrumento práctico en manos de los ciudadanos como son las quejas y los procedimientos institucionalmente previstos para dar respuesta a las mismas. Este tema se abordará en el capítulo 3 pero, en cualquier caso, el debate gira en torno a los siguientes puntos:

- qué añaden estos derechos a los derechos protegidos y amparados tanto en Derecho Público como en el Derecho Privado.
- el análisis de la relevancia que los ciudadanos otorgan a la información a través del ejercicio de un derecho individual de participación como es la reclamación o queja.
- qué significa la información como estándar de calidad.
- el derecho a la salud y el deber de estar sanos: una consecuencia de la nueva 'cultura de organización de la red sanitaria'

Tal y como desarrollaremos en el capítulo relativo a las quejas, el concepto de calidad no puede acabar desnaturalizando un derecho hacia un mero estándar u objetivo de la administración en el logro de sus políticas sanitarias. El modelo incorporado por las leyes catalanas toma como referencia el sistema inglés pero, evidentemente, se han de tener en cuenta los diferentes marcos jurídicos en los que tales conceptos de calidad se imponen legalmente. En la medida en que el concepto de calidad tiene su origen en la experiencia inglesa, con el particular perfil que le da el *common law*, no puede traducirse inmediatamente a nuestro sistema en el que se ha de ajustar a los estándares

que impone el Derecho Público y, por tanto, no pueden configurarse únicamente como simples derechos del consumidor que se perciben como obstáculos al pleno desarrollo de la actividad sanitaria.

Como veremos, una de las estrategias seguidas por las reformas legales para el diseño de la nueva red sanitaria se basa en la ‘organización de la calidad’. Sin perjuicio de profundizar en este discurso de calidad, la organización de la calidad se concreta en una serie de procedimientos de control y evaluación de las acciones de los actores. El discurso en torno a la calidad y las estrategias para su consecución resulta complejo y, en realidad, se encuentra íntimamente relacionado con cuestiones planteadas en el apartado anterior. La consecución de los parámetros de calidad que se establecen normativamente constituye no sólo una obligación incorporada como objetivo por el hospital sino el desarrollo de unas prácticas de control sobre las actuaciones sanitarias y administrativas que se han de orientar hacia la eficacia en el mercado. Estas cuestiones, finalmente, poseen una fundamental trascendencia para la Institución y no pueden ser obviadas ya que constituyen requisitos imprescindibles para la renovación de la relación contractual con la Administración y, por tanto, para poder seguir en el mercado.

Si bien no parece fácil que los nuevos procesos de organización de la sanidad pública logren eludir el ámbito de responsabilidad por el desarrollo de una actividad pública, sí que parece que el desarrollo de programas de ‘calidad’ se encuentra estrechamente ligado a los elementos competitivos y de mercado que el nuevo marco legal pone en marcha. En este sentido, la calidad apunta a criterios técnicos y los instrumentos de medición responden a criterios de mercado: el cliente sólo puede manifestar su nivel de satisfacción y si no está contento le basta con elegir otro proveedor.

Sin embargo, cuando se trata de desarrollar una función pública se precisa algo más que una legitimación meramente técnica. En efecto, la organización debe juzgarse apropiada en sus procedimientos, sus reglas legales y éticas, y su adaptación a las necesidades. Y el juicio en este sentido no deriva de meros estándares técnicos o formales sino del proceso que la organización pone en marcha cuando atiende a un/a paciente en su necesidad de salud. En esta circunstancia no sólo es importante el fin sino el cómo se consigue. La supervivencia de una organización requiere aceptabilidad social y legitimidad.

1.5.2. El control judicial del funcionamiento de la organización sanitaria y la información

Recientes resoluciones de los Tribunales contencioso – administrativo han valorado la producción o no del denominado ‘consentimiento informado’ en el desarrollo de un concreto proceso de intervención médica, normalmente con resultados graves para la salud de la persona sometida a la intervención. Lo que caracteriza estas resoluciones es que la atribución, o no, de responsabilidad a la Administración pública de la que depende la institución médica en la que trabaja la persona que realiza el acto médico no deriva de que el acto médico haya sido conforme a las pautas de una buena práctica médica sino de la adecuada, y acreditada, producción y comunicación de información. En cualquiera de las resoluciones a las que nos referimos podemos encontrar afirmaciones del siguiente tenor:

“Fundamentos de Derecho:

Segundo.- Se admite la corrección de la esterilización practicada a la actora en el Hospital x, en marzo de 1992; pero es cierto que a pesar de esa corrección técnica, esa esterilización no dio resultado esperado y natural:

que la Sra. No quedase, en lo sucesivo, en estado de gravidez aún cuando mantuviera las relaciones heterosexuales propias de su edad y sexo.

Tanto fue así, que el 25 de mayo de 1993, ingresó, otra vez, en el mismo centro hospitalario debido a un nuevo embarazo, que al no ser deseado y dada la problemática social/personal/psicológica/económica/familiar de la actora, y con su consentimiento, propició su aborto así como una segunda esterilización.

Cuarto.- El porcentaje de fallos, como el padecido por la actora, es mínimo pero real; no consta, sin embargo, que a la Sra. le fuese facilitada una información suficiente y adecuada a su nivel y al resto de las citadas circunstancias, verbal o por escrito, acerca de aquel riesgo o peligro de fallos que le alertase sobre la posibilidad, real aunque remota, de quedar, como sucedió, embarazada y agravar, tal como ocurrió su situación y estado psíquico, según se afirma en el informe psicológico emitido en julio de 1993, por la psicóloga Sra. , que ha sido ratificado en presencia judicial” (Sentencia 19.4.2001 del Tribunal Superior de Justicia de Catalunya, sala de lo contencioso –administrativo, sección primera).

Sin entrar en la argumentación jurídica que lleva a la atribución de responsabilidad al Servei Català de la Salut, queremos detenernos en un documento no nombrado de forma explícita pero sí aludido, el Historial Clínico o la Historia Clínica. Lo peculiar de esta sentencia es que no habla en ningún momento de consentimiento informado si no de ‘que no consta que se diera información’. La constancia, o no, de que tal información se produjera cuando nos encontramos en el espacio médico – hospitalario se ha de buscar, como hizo el juez, en la Historia Clínica. La Historia Clínica es, o pretende ser, el registro de las actuaciones médicas que todo el personal sanitario hace en el expediente del paciente. En tales historias es fácil encontrar, además de las cuestiones estrictamente técnicas, la expresión del/a profesional sanitario/a de los problemas no técnicos que la/el paciente haya podido crear.

En este sentido, la producción de una ‘buena historia clínica’ puede llegar a eximir de responsabilidad, aunque no conste por escrito que se ha dado la información suficiente que advierta de los riesgos de una intervención al paciente o a los familiares. Este es el caso, por ejemplo, de la sentencia de 19 de Julio de 1996 del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo⁴⁵. La intervención médica en este caso

⁴⁵ Algunas sentencias en las que el consentimiento informado y la información constituyen elementos determinantes del fallo son: Sentencia de la Sala de lo Contencioso – Administrativo de Tribunal Superior

produjo la muerte de la paciente durante la prueba diagnóstica a la que se sometía para descartar una patología grave. La sentencia se hace eco de la valoración que el perito médico hace de todo el proceso convenientemente detallado en la historia clínica y concluye con relación a la alegación de la recurrente respecto a la vulneración del deber de informar,

No puede, por tanto, sostenerse que existió vicio de consentimiento por falta de información, pues aun siendo cierto que no se suministró por escrito, al efecto aquí analizado resulta suficiente con que lo fuera verbalmente, como al parecer, según declaran los testigos de consuno, es práctica hospitalaria habitual.

Es importante, por tanto, que tengamos en cuenta cómo la información se configura, desde el punto de vista jurídico, como un requisito cuya ausencia puede ser de generar responsabilidad aun cuando la práctica estrictamente médica se valore adecuada. Esto tiene una consecuencia fundamental, la información podemos considerarla como un criterio técnico que posee la misma trascendencia que realizar adecuadamente cualquier intervención médica.

Sin embargo, esta afirmación general debe ser precisada. La información como criterio estrictamente técnico nos remite a otros instrumentos a los que ya nos hemos referido: las historias clínicas y, por tanto, al desarrollo de la práctica clínica. La información constituye el producto de unos procesos y es también esos mismos procesos y prácticas. Conscientes de estas circunstancias, muchos profesionales médicos no dudan en afirmar que lo más importante es la información y dicen más, un/una paciente no puede valorar si aquello que tú le estás diciendo es cierto o no pero sí que sabe decir si le

de Justicia de Extremadura núm 351/2000 de 29-2; Sentencia Sala Contencioso Administrativa Tribunal Supremo, RJ 2000/3258 de 4 de abril; Tribunal Superior Justicia de Cataluña, Sala Contencioso Administrativo núm 341/2001 de 19 de abril; STS 3258/2000 de 4 de abril; S.519/2000 de 1 junio de Tribunal Superior de Justicia de País vasco; S.12.4.2000 (RJCA 2000/1423) de la Sala Contencioso administrativo de la Audiencia Nacional; TSJ País Vasco S.19.7.1996; TS (Sala Civil) S. 26.9.2000 , núm. 849/2000; TS (Sala Civil) S.12.1.2001, núm 3/2001; TS (Sala Social) 15.11.00 ; TC S.26.2.2001, núm. 55/2001; TSJ País Vasco (Sala Contencioso- Administrativo) S. 21.1.99, núm.32/1999; TSJ País Vasco (Sala Contencioso – Administrativo) S. 6.5.99, núm 335/1999; Audiencia Provincial de Badajoz, S.24.2.2000, núm. 19/2000; TSJ País Vasco, S.24.6.1999, núm. 471/1999; Audiencia Provincial de Guipuzcoa (Sala Civil), S. 28.2.2000, núm. 77/2000; TSJ de País Vasco (Sala Contencioso-Administrativo) S. 4.6.1999; TSJ País Vasco (Sala Contencioso-Administrativo) S:11.2.99, núm. 108/99.

estás informando bien o no (Entrevista Jefe Servicio Urgencias). Esta perspectiva añade algo más a las apreciaciones de los Tribunales pero algo no menos importante en la observación de los procesos que se producen en el ámbito médico – hospitalario en el que hemos trabajado. ¿Podría afirmarse, siguiendo la reflexión del Dr., que el/la paciente, en definitiva, sólo podrá ‘sentirse informado/a’ si puede dar sentido al conjunto de procesos a los que se somete una vez se encuentra inmerso/a en la práctica clínica, a aquellas condiciones que producen una información?. Y ¿cuáles son estas condiciones?. Y aún otra pregunta, ¿cómo separar esa posibilidad de valoración, ‘que tú le estás informando bien’, de la necesidad de entender y hacer comprensible todo el proceso diagnóstico que implica decisiones médicas en torno a pruebas que se adoptan en función de los ‘beneficios informativos’ valorados?.

La pregunta por las condiciones de información lleva a reconocer la red de actores, estructuras y prácticas. Esta investigación se ha ido construyendo en torno a la descripción de los actores, estructuras y prácticas de un concreto espacio hospitalario y, en concreto, a través de la observación y el análisis de las interacciones que en el mismo se producen y reproducen.

La información parece perfilarse, por un lado, en una dimensión eminentemente técnica y, por otro, en un espacio interaccional donde entra en juego la valoración de unos actores no técnicos en torno a este espacio de posibilidades técnicas. Ambos niveles confluyen de manera compleja para la producción de información.

Del análisis de los procesos de transformación que se están produciendo en el sistema sanitario podemos resaltar los siguientes puntos:

1. Desde el punto de vista económico puede decirse que la mejora de los niveles de vida de la población y el desarrollo económico general ha producido un

fuerte crecimiento de los gastos sanitarios en el conjunto de los países desarrollados (las razones pueden ser diversas: crecimiento precios, utilización del sistema, universalización de la población protegida). Desarrollo al que no es ajena España y Cataluña. Es un dato que el nivel relativo de renta que un Estado dedica a sanidad se incrementa a medida que aumenta su renta, sin embargo, esto no significa que deba extrapolarse al ámbito normativo.

2. La explicación, sin embargo, de la ‘buena salud’ de una población se debe, fundamentalmente, a factores socioeconómicos. La constatación de aquellos factores que son determinantes para la salud debería resultar fundamental para la adopción de concretas políticas sanitarias.
3. Es importante detenerse en el estudio de la organización y utilización de los servicios sanitarios en cuanto reflejan las peculiaridades culturales, históricas, políticas y económicas de cada país.
4. El Sistema Nacional de Salud que instaura la Ley General de Sanidad de 1986 refleja las tensiones que estuvieron presentes en su gestación: el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y la oposición de los sectores profesionales afectados.
5. La asunción de las competencias sanitarias en Cataluña implicó el diseño de una red sanitaria de asistencia que culmina con la ley 15/1990 d’Ordenació Sanitària de Catalunya que pretende integrar todos los recursos sanitarios de utilización pública y diseña un sistema sanitario mixto de gestión público-privada, de cuasi-mercado.

6. La articulación de este sistema de gestión público-privada tiene un límite en el artículo 43 de la Constitución que hace responsables a los poderes públicos del cumplimiento del derecho a la protección a la salud. Este nuevo régimen de gestión no implica la posibilidad de que la Administración eluda el control del Derecho Administrativo a favor del más difuso control contractual.
7. Estas transformaciones se han acompañado de la promulgación de Cartas de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y atención sanitaria (la reciente ley catalana de 24 de julio de 2001).
8. Algunas recientes sentencias de los Tribunales de lo contencioso-administrativo están incidiendo en el ámbito de la práctica médica a través del amparo de los ciudadanos que han visto vulnerado el derecho a la información durante una intervención médica aun cuando ésta se haya realizado conforme a las pautas de la buena práctica-técnica médica.

CAPÍTULO 2.

REGULACIONES Y LA ORGANIZACIÓN DE LOS ACTORES.

2.1. Introducción

En el capítulo anterior planteábamos algunas cuestiones que han propiciado una discusión en torno a la efectividad de las políticas y sistemas sanitarios. Las principales críticas al sistema establecido y frente al que se impulsan las reformas son: 1) la constatación de que el sistema de universalización de la salud no ha contribuido a disminuir las diferencias sociales en salud; 2) la constatación de que las principales de morbilidad y mortalidad corresponden a enfermedades evitables; 3) la incapacidad del sistema sanitario para contener sus costes (R. Manzanera, A. Segura, J.M. Fernández, 1998:94)¹.

En este capítulo abordaremos dos cuestiones fundamentales de este proceso de transformación: la organización de la profesión médica y la regulación de la práctica médica.

La profesión médica se ha encontrado tradicionalmente muy vinculada a la organización sanitaria por excelencia, el hospital². El hospital, sin embargo, aun cuando

¹ <www.sespas.es/informe1998>.

² El énfasis en la profesión médica ha sido una decisión metodológica motivada por la necesidad de acotar el campo.

conserva todavía algunas de las características que le habían otorgado un lugar central en la atención sanitaria, tiende a integrarse en el seno de una red sanitaria³.

Nuestro objeto de análisis son las organizaciones sanitarias como estructura de relaciones que articulan los sujetos quienes definen sus posiciones y estrategias respecto al marco institucional en el que se enmarcan. J. G. March (1989: 167) nos da algunas notas para seguir el trabajo:

- a) Las organizaciones cambian constante, rutinaria, fácil e interesadamente pero el cambio no puede ser controlado de forma arbitraria. Las organizaciones casi nunca hacen las cosas como quieren que se haga.
- b) Los cambios en las organizaciones dependen de unos pocos fenómenos estables. Las teorías en torno al cambio enfatizan o la estabilidad de los procesos o los cambios que producen pero entender seriamente las organizaciones requiere atender ambos aspectos.
- c) Las teorías en torno al cambio en las organizaciones son diferentes maneras de describir teorías de acción en las organizaciones. Los cambios en las organizaciones son respuestas a presiones demográficas, económicas, sociales o políticas.

³ Incluso la formación del profesional médico que también se está replanteando se vincula a un modelo de profesional de hospital, es decir, altamente especializado. J. M. Antó Boqué (1999: 35) señala,

El conocimiento científico actualmente disponible sobre la salud y sobre los procesos de atención a la salud, aun siendo muy limitado, sugiere la necesidad de un cambio en los modelos y paradigmas de formación de los profesionales. A modo de esbozo, dicho cambio debería abarcar tres ámbitos diferenciados: primero, un cambio del énfasis del diagnóstico y tratamiento de episodios de enfermedades por un mayor énfasis en la atención continuada de los problemas de salud en el ámbito de la atención primaria; segundo, un cambio del hospital como ámbito casi único de la formación de los profesionales hacia los servicios de salud comunitarios donde el espectro de actividades de atención a la salud y de profesiones implicados difiere ampliamente del que acontece en el hospital terciario; finalmente, un amplio reconocimiento en los currícula de las características sociodemográficas y de salud de las poblaciones en las que se ubican y a las que se dirige la actividad de los profesionales, es decir, de los objetivos de salud.

d) La adaptación a un cambio ambiental es una mezcla de racionalidad y locura.

La locura de la organización no es una estrategia consciente sino que se encuentra en las anomalías de la propia organización como la inercia, los incentivos empresariales, las acciones simbólicas, la ambigüedad.

2.2 La profesión médica ante las reformulaciones del sistema sanitario

2.2.1. Profesión médica y mercado sanitario

El modelo de profesión médica, tal y como muestra J.A.Rodríguez (1987), ha venido determinado por los avatares de la construcción del sistema sanitario. En España, en 1984, la profesión médica estaba compuesta por 121.362 miembros, lo que representaba una media de 316 médicos por habitantes en 1984. Esto contrasta con el número de médicos por habitante de otros países de la OCDE⁴.

El mercado sanitario español ha modelado el desarrollo de la profesión médica española, como nos explica J.A.Rodríguez (1987:148), quien distingue tres etapas diferenciadas.

En una primera etapa, desde el final de la guerra civil hasta 1963-64, el mercado médico se encuentra inmerso en el mismo proceso de autarquía que el resto de la sociedad. Existe un mercado privado limitado y la mayoría de la población no dispone de medios suficientes para hacer frente a sus necesidades médicas, también la beneficencia es limitada. La sociedad española no puede generar una demanda capaz de

desarrollar la profesión médica. La Ley de 14 de diciembre de 1942 creó el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* con el objetivo de otorgar una protección sanitaria efectiva a los trabajadores y sus familias. Este sistema controlado por el Estado tiende a expandirse. El espacio de la medicina privada es el hospitalario.

En la segunda etapa, de 1963 a 1975, se construye, de hecho, el sistema sanitario público y se marca la preponderancia del sector público sobre el privado. Son los años de las grandes construcciones hospitalarias y de la extensión de la medicina de la Seguridad Social a un cada vez mayor porcentaje de la población española. La extensión de la cobertura de la Seguridad Social pasa del 50 por 100 de la población al 77 por 100 en 1975 y al 87 por 100 en 1983. La aprobación en 1963 de la *Ley de Bases de la Seguridad Social* y la expansión del sistema hospitalario genera una gran demanda de profesionales.

La tercera etapa, de 1976 hasta 1987, está marcada por la crisis económica del Estado de Bienestar. En estos primeros años de la democracia se abre un fuerte debate sobre el sistema sanitario. Hasta 1982 se trata de solucionar el caos existente, reduciendo el sector público y permitiendo el desarrollo del mercado privado. Sin embargo, al mismo tiempo se extiende el derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a más del 87 % de la población. A lo largo del período de Gobierno socialista se intenta racionalizar y afianzar el sistema sanitario público. El sistema sanitario parece encontrarse saturado. Esta es una época de estabilización de la demanda de profesionales y, sin embargo, el número de médicos sigue multiplicándose de manera que empiezan a surgir problemas de empleo para los nuevos profesionales. Una característica relevante de este crecimiento es la distribución desigual por regiones.

⁴ En 1982 en España el número de médicos por 100.000 habitante era de 276. Le seguía Bélgica con 269, Alemania Occidental con 237, Suecia con 234, Portugal con 220, Francia con 208, Estados Unidos con

Una última etapa que podríamos señalar es la que se inicia en los años 90. Esta etapa singulariza algunas características que entendemos relevantes⁵ Como muestra la encuesta *Los médicos de Barcelona*, presentada por A. Bruguera en 1997, resulta evidente la enorme evolución que el colectivo profesional ha padecido en los últimos años⁶. De un colectivo homogéneo (hombre, clase, valores, ejerciendo como profesional liberal) se ha pasado a un colectivo diverso.

La radiografía que hace el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona ⁷:

1. El 65,8% son hombres
2. El 72% ha nacido en Cataluña
3. El 45,8% se ha licenciado en los últimos 12 años
4. El 67,5% tiene menos de 45 años
5. El 3,5% se define como parado
6. Un tercio tiene más de un trabajo
7. El 63,8% de los médicos trabaja en el sector público
8. La gran mayoría realiza tareas asistenciales (91%)
9. Se reconoce autónomo el 21,2%
10. Más de la mitad tiene título de especialista (60%)

192, Gran Bretaña con 129 e Italia con 125.

⁵ Señalamos específicamente esta última etapa no por entender que se produce una ruptura respecto a las otras, particularmente respecto a la encuadrada como tercera etapa, sino más bien por caracterizar lo que sería la etapa actual, su estructura y organización.

⁶ Estas transformaciones son paralelas a las producidas en el ámbito de la profesión jurídica como han mostrado en sus trabajos P. Casanovas (2001) (ver 'The Culture of Young Professional in Spain: An Interpretative Hypothesis od Some Statistical and Field research Data', en P.Casanovas y P.Fabra *Law and Society*, P. Casanovas y P. Fabra, Barcelona:Ediuoc y Marta Poblet en su tesis doctoral *Spanish legal culture: between State and Society*, en prensa).

⁷ 'http://www.comb.es' No se hace ninguna descripción de la metodología seguida para realizar el estudio.El ojeativo fundamental del estudio era tantear la opinión de los profesionales sobre el grado de eficacia de las funciones que realiza el COMB.

El perfil socio-demográfico y sociológico publicado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona es según el estudio realizado

“Sexo: La mayoría de los médicos son hombres (65,8%), aunque en los últimos años ha aumentado el colectivo de mujeres. Las médicas son mayoritariamente jóvenes (el 79% tiene menos de 44 años).

Edad:El colectivo de médicos se ha rejuvenecido en los últimos años. Así el 67,4 % con gran fragmentación con relación a la especialización, ejerciendo en un sistema por cuenta de terceros (básicamente público) y frente a unos ciudadanos con mayor valoración de su salud y de su calidad de vida⁸.

Formación académica. Casi la mitad de los entrevistados (45,8%) ha obtenido el título de medicina hace menos de 14 años, lo cual destaca el rejuvenecimiento del colectivo médico.

Posesión del título de especialista: Seis de cada diez médicos tiene, además del título de licenciado, un título que los reconoce como especialista en un campo concreto. El colectivo de los médicos de más de 45 años posee el título de especialista en más del 75% de los casos”.

En los años 90, el conjunto de las circunstancias concurrentes: crisis del Estado de Bienestar, avances tecnológicos, transformaciones institucionales, aparición de

⁸ La familia es una variable de interés desde el punto de vista profesional: un 16% del colectivo tiene padres o hermanos médicos; y un 18%, tíos médicos. Una cuarta parte está casado con profesionales médicos. En los más jóvenes predomina el matrimonio profesional; en los mayores, los padres y los tíos médicos.

El 56% de los profesionales son hijos de clase social media-alta, el 20% de técnicos y cuadros médicos, y el 24 % son hijos de padres trabajadores. Los más jóvenes y los más viejos son los que revelan mayor porcentaje de extracción social trabajadora. Un 50% del colectivo relata mejor clase social que sus padres; un 20%, peor (más frecuentemente entre los jóvenes).

El 50% sólo trabaja como empleado; un 30% compatibiliza actividad asalariada liberal; un 20% sólo liberal. Nuevamente la edad discrimina entre jóvenes (sólo empleados), medios (liberal-empleado) y

nuevos actores, nuevas definiciones de riesgos, planean como detonantes de un ‘inevitable’ proceso de transformación en el sistema sanitario⁹. En concreto, se abren debates y se impulsan reformas que muestran unas tendencias innovadoras:

- la introducción de mecanismos de mercado y de nuevas fórmulas de organización y gestión de los centros sanitarios. En Cataluña, en concreto, estas transformaciones se han impulsado formalmente durante la década 1985-1995. Fundaciones, entes públicos empresariales y consorcios que incorporan entidades públicas, administraciones públicas y organizaciones sin ánimo de lucro, regidas por Derecho privado se perfilan como ejes del nuevo sistema desarrollado en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990 y la principal consecuencia es la flexibilización de las fórmulas de gestión.
- Las medidas de reorganización del sistema tienden a reforzar el papel de la asistencia primaria como puerta de entrada del sistema.
- La transformación del papel del profesional médico en el marco de la nueva ‘cultura organizativa’¹⁰, que quiere responsabilizar a los profesionales

mayores (liberal). Destacan porcentajes de actividad precaria, con primera actividad asalariada hospitalaria y segunda liberal no hospitalaria R.Manzanera (1999).

⁹ J. Pemán Gavin (2001:109) perfila jurídicamente la gran heterogeneidad y amplitud que caracteriza a las prestaciones sanitarias desde el punto de vista de su contenido y, además, lo que él denomina como *naturaleza esencialmente dinámica o evolutiva* que deriva tanto del imparable y constante progreso técnico y científico como de la progresiva aparición de nuevas patologías y demandas de atención sanitaria. Esta circunstancia incide particularmente en la conformación no sólo de los profesionales sanitarios sino de las organizaciones en que se integran,

Este carácter dinámico o progresivo resulta hoy un dato habitual y generalizable en muchos servicios y actividades –es obvio que la dinamicidad es uno de los “signos de los tiempos” que vivimos-, pero no cabe duda de que en el ámbito sanitario esta circunstancia se vive con una especial intensidad; hay una “cláusula de progreso” o principio de progresión implícito en la acción asistencial sanitaria que tiene numerosas manifestaciones: deber del personal sanitario de actualizar sus conocimientos, incorporación de nuevas prestaciones en atención a los progresos de la ciencia médica o a las nuevas patologías que aparecen, incorporación de nuevos medicamentos o de nuevas técnicas y aparatos diagnósticos y terapéuticos que son más eficaces o menos agresivos, etc. Sucede por ello que el catálogo de las prestaciones sanitarias que se reconocen a los ciudadanos –y de las técnicas instrumentales que se utilizan- no puede ser en modo alguna estático, sino que debe ser objeto de actualización continua. Lo cual impone obviamente una necesaria selección

médicos en la gestión, por un lado, y, por otro, la pérdida de su papel absolutamente central en el sistema que potencia la participación de otros sectores profesionales como los gestores, la enfermería, los asistentes sociales etc. En torno a este punto nos extenderemos en los apartados siguientes de este capítulo.

2.2.2. La rebelión de los médicos

El proceso de transformaciones que parecen apuntarse opera en un concreto escenario político. La construcción del sistema democrático inicia, como explica J.A. Rodríguez (1998-99:126), un proceso de construcción de organizaciones sectoriales que articulan intereses sectoriales y orientan esos intereses en el proceso político. En concreto, en el campo sanitario la década de los 80 se caracteriza políticamente por el intenso proceso de creación de organizaciones representativas y la construcción de mecanismos de representación en el proceso político que se consolida en la década de los 90. J.A. Rodríguez identifica las siguientes: OMC (Organización Médico Colegial-Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos); CESM (Confederación Española de Sindicatos Médicos); FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública); SINDICATOS: CCOO y UGT; PIZDA (Líderes de Partidos de Izquierdas); PDCHA (Líderes de Partidos Conservadores); ADMINISTRACIÓN (Altos cargos de la Administración del Estado a nivel central y autonómico); LIDERES

dentro de lo que en cada momento resulta médicamente factible, de las prestaciones y técnicas que se asumen de manera generalizada por el sistema público asistencial.

¹⁰ En el sentido empírico que marca H. Simon como aproximación a las pautas de comportamiento y rutinas organizativas como elementos de predicción de las decisiones.

(Líderes de pequeñas organizaciones profesionales y sectoriales); EXPERTOS (Expertos sanitarios).

JA. Rodríguez representa la posición de todos estos grupos en torno a temas fundamentales de política sanitaria como son:

- el acuerdo con el modelo sanitario
- el papel redistributivo del Sistema nacional de salud
- el acuerdo con respecto a temas profesionales
- acuerdo con respecto a status profesional
- acuerdo con la reforma sanitaria
- acuerdo con el sistema político

La participación de las organizaciones de intereses sanitarios y profesionales en el proceso político de diseño e implantación de políticas sanitarias a lo largo de estas dos décadas se traduce en un sistema complejo de relaciones y alianzas políticas. Alianzas políticas que dan normalmente lugar a coaliciones o actividades conjuntas para aumentar su fortaleza política e incrementar las posibilidades de consecución de sus objetivos políticos.(J.A.Rodríguez, 1998/99: 127)

Resulta claro que las transformaciones en la organización de la sanidad en España no han dejado indiferentes, ni mucho menos, a los/as profesionales médicos. La profesión médica, en primer lugar, no es un colectivo cualquiera. Ocupa una posición relevante dentro de la estructura social y parece ser un actor fundamental en la consecución de los objetivos socio-sanitarios del Estado de Bienestar. En segundo lugar, como vimos, a la profesión médica no puede serle indiferente cómo se modele el sistema sanitario en la medida en que el diseño que pueda perfilarse podrá determinar el valor y la autonomía de sus decisiones. En este sentido, el conjunto de transformaciones que el

Estado proyectaba en el sistema sanitario provocó la reacción de los/as profesionales y surgió una serie de movimientos resistentes al cambio. Nos queremos plantear en este apartado qué problemas se hicieron evidentes en ese momento para poder después plantearnos cómo y dónde persiste en la actualidad esa resistencia y, si es posible, entender a qué obedece.

Como veremos, los problemas a los que haremos referencia se encuentran latentes en la intervención que apuntamos en torno a cómo gestionar desde el conocimiento.

Un estudio realizado en 1983 por el Centro de Investigaciones Sociológicas, *Los médicos ante los problemas de la organización de la sanidad*, recoge una muestra representativa del universo médico en ejercicio. Como explica J.A. Rodríguez (1987), el estudio pone al descubierto la complejidad de la actividad profesional, complejidad que también es fruto de la situación de la estructura sanitaria española. En este sentido, señala el autor, como el modelo de desarrollo de la profesión médica y del mercado médico-sanitario se ha caracterizado por su dependencia del Estado y caracteriza, finalmente, el ejercicio de la profesión médica en España: fragmentación, trabajo asalariado en organizaciones complejas, dependencia del sistema público, limitado mercado libre-privado y alto grado de especialización.

La profesión médica durante la primera década de la democracia define sus intereses profesionales y crea organizaciones para articular estos intereses. Como indica J.A. Rodríguez (1987), la recuperación de las formas (y modales) democráticas pone de nuevo de relieve la importancia de la profesión como actor político. Queremos destacar, siguiendo a J.A. Rodríguez (1987), algunos rasgos relevantes de la orientación política de los profesionales:

- La profesión médica española mantiene una clara orientación hacia la izquierda del espectro político (el 45 por ciento de los profesionales);
- La progresiva asalarización y dependencia laboral de grandes organizaciones ha hecho que las problemáticas sindicales adquieran una relevancia fundamental. Por ello, y dado que los Colegios Profesionales de Médicos se han orientado a la articulación y defensa de su representación política y corporativa, se han desarrollado organizaciones sindicales propiamente médicas. La primera fue la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), le siguieron la Federación de Sindicatos Médicos, la Federación de Asociaciones de Médicos Hospitalarios; la Coordinadora de Médicos Hospitalarios, entre las principales¹¹.
- La afiliación sindical de la profesión médica es considerada alta, 22%

La primera década de la democracia se caracterizó por el conflicto abierto entre la profesión y el Estado. El trasfondo de este conflicto, que se manifestó frente a las leyes que se estaban promoviendo por el Estado: la Ley General de sanidad y la Ley de Incompatibilidades, no es otro que los problemas derivados de una profesión que está perdiendo su capacidad para la organización de su trabajo profesional y la pérdida de valores tradicionalmente asociados a la profesión médica como la autonomía.

En el modelo de organización de la sanidad que se empieza a definir con la Ley General de Sanidad de 1986, articulando el Sistema Nacional de Salud, la profesión médica ha participado activamente en el debate y con capacidad de acción colectiva, como muestra el análisis sobre el campo de la política sanitaria de J.A. Rodríguez (1999:140),

¹¹ Para una aproximación a estas instituciones, www.cesm.org.

Cabe destacar la existencia de un colectivo que conforma una estructura topo red, es decir, de relaciones directas y recíprocas entre actores, en cuyo centro neurálgico se encuentran los Colegios de Médicos (OMC y Colegios Provinciales) junto a otras Asociaciones Profesionales (OAP) y a Organizaciones de Centros Sanitarios Privados (OCSP). De este centro dependen la CESM, por un lado, y, por otro, las organizaciones sindicales y la FADSP. Estas organizaciones representan un papel fundamental, como conectores de la red política, en efecto, las asociaciones profesionales (no Colegios) y el sector privado conecta al sector más conservador (OMC, Colegios Provinciales y CESM) con el sector más radical (sindicatos y FADSP). Se convierten, de este modo, en las organizaciones centrales de la red, que facilitan la transmisión de información y la articulación de la acción. En términos estructurales detentan el poder de esta red política, seguidas por los Colegios de Médicos.

Esta red política que describe J.A. Rodríguez ha de tenerse muy presente cuando se analizan los conflictos derivados de la implantación de modelos de gestión en las organizaciones hospitalarias.

2.3. Contextos de transformación

Las transformaciones que a partir de los años 90 se imponen legalmente pretenden, como hemos apuntado, propiciar una reorganización profunda de las estructuras. El modelo de casi –mercado parece imponerse. Vamos a tratar de esbozar algunas consecuencias que tiene este nuevo modelo para el trabajo de los profesionales.

Algunos autores (W.R. Scott, M. Ruef, P.J. Mendel y C.A. Caronna, 2001:167)

identifican diferentes modelos regulativos que corresponden a tres períodos de gobierno de tres actores en el ámbito de la sanidad. En este sentido, distinguen,

- La era del *dominio profesional*: período en el que los cuerpos profesionales con el apoyo estatal dominaron el campo. El valor esencial en la prestación de servicios era la cualidad del cuidado médico que venía determinado por los propios profesionales médicos.
- La era de la *implicación estatal*: período en el cual se pasa de la asistencia al seguro social y en el que el Estado provee fondos a la asistencia sanitaria y amplía su función reguladora. En este período el valor esencial es la equidad en el acceso a los servicios.
- La era de *control de gestión y por mecanismos de mercado*: período que se caracteriza por lo que se apunta como un proceso de desregulación y confianza en las fuerzas de mercado. El valor central de este período es la eficiencia.

J. J. Martín Martín (1998: 421) señala cómo el conjunto de propuestas de reformas sanitarias suponen fundamentalmente el rediseño del marco de regulación institucional y las innovaciones organizativas y de gestión¹².

¹² Martín Martín (1998:422) apunta también que “ El cambio y la innovación es una tarea ardua en el sistema sanitario español, sometido a una fuerte rigidez institucional que ningunea cualquier intento de transformación política, por las fuertes resistencias de los grupos de interés instalados en el interior o en los alrededores de las organizaciones sanitarias. Las incertidumbres de los resultados de una generalización de ciertas innovaciones organizativas (“empresarialización de los centros sanitarios públicos, externalización y privatización de determinados servicios, incentivación económica de los clínicos, cambios en la regulación laboral, etc.), la enorme rigidez estructural institucional heredada, y consecuentemente, los altos costes políticos que el proceso de cambio implica, son las principales causas del confinamiento de la reforma organizativa e institucional al mundo de las ideas y de algunas experiencias piloto. Sigue pendiente la transformación de las enormes burocracias públicas del INSALUD y del resto de los Servicios regionales de salud (SRS)”

Creemos, sin embargo, que este discurso debe ser matizado a través del análisis de los mecanismos que las organizaciones ponen en marcha antes que en la simple desacreditación del modelo administrativo-burocrático a favor del modelo de mercado cuyas bondades no resultan claras. Igual que tampoco queda claro hasta qué punto y cómo se abandona este modelo para la integración y cooperación de los servicios sanitarios, es decir, en qué medida el Estado deja de estar presente en la organización de la sanidad pública.

El proceso, iniciado a principio de los años 90, replantea el modelo sanitario tendente a la cobertura global de la salud, respaldada por el Estado, y parece imponerse otro modelo en el que la tutela de lo público se desvanece frente a las fuerzas emergentes que se imponen:

- En primer lugar, el sector sanitario es uno de los sectores de mayor crecimiento económico¹³.
- En segundo lugar, la industria médica es poderosa y con fuertes alianzas políticas.
- En tercer lugar, los desarrollos médicos propiciados por las nuevas tecnologías plantean conflictos morales y éticos que dividen a la sociedad: el aborto, consejo genético, la eutanasia, el transplante de órganos, el código genético y los derechos de la persona, la clonación terapéutica.

En este contexto se diseñan una serie de reformas, que hemos esbozado, que afectan directamente a las prácticas de los/as profesionales médicos. En primer lugar, se ha de tener en cuenta quiénes son estos profesionales sanitarios y qué mecanismos de integración profesional se prevén.

¹³ En el caso de España el valor añadido bruto de la sanidad representaba en el año 1985 el 3,5% del conjunto de la economía. (M.Parellada y G.García:1994)

A. Jovell Fernández (2001)¹⁴ señala que el nuevo modelo sanitario supone necesariamente la producción de un cambio social. A. Jovell Fernández habla de ‘transición laboral’ de la profesión y señala tres ‘transiciones’,

La primera transición laboral ha supuesto el paso de un modelo de ejercicio liberal de la profesión hacia un modelo asalariado. Esta transición ha admitido la persistencia de modelos mixtos de ejercicio de la PM, en los que coexiste un horario de trabajo asalariado con un horario de trabajo liberalizado. Una segunda transición laboral lo constituye el paso de la singularidad a la pluralidad profesional determinada por el fenómeno de la especialización. (2000: 18)

Las dos primeras transiciones han conllevado una serie de cambios en la jerarquía profesional de las instituciones sanitarias en categorías o niveles semejantes a las de un ejército profesional. Mientras que la tercera transición, según Novell Fernández,

resulta de la profesionalización de las actividades sanitarias, lo que ha supuesto el desarrollo de múltiples profesiones sanitarias y la conversión de la PM desde la particularidad de tratar enfermos a la desarrollar nuevos roles profesionales. Estos nuevos roles están relacionados con los diferentes ámbitos de la gestión de la estructura y de los procesos sanitarios. (2000: 18)

Una de las cuestiones que se apuntan como causas de las dificultades de implantación de este sistema es el “marco de regulación laboral, presupuestario y de contratación administrativa de los centros sanitarios públicos [...]. La asignación de recursos sigue siendo básicamente retrospectiva sin traslado significativo de riesgos a directivos y profesionales” (J.J. Martín Martín, Informe SESPAS 1998:446

2.4.La reorganización de los profesionales

¹⁴ A.Jovell Fernández “El futuro de la Profesión Médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI”.

En este apartado vamos a detenernos brevemente en algunos aspectos relacionados con la regulación de la profesión médica. La primera particularidad del marco jurídico referente al personal del INSALUD es la coexistencia de tres estatutos diferentes, aplicables según la titulación y el desempeño de función de cada persona:

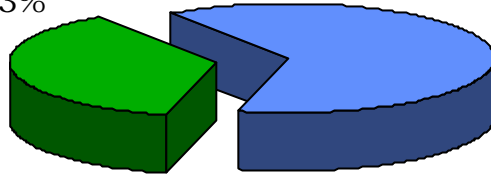
- a. Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (R.D. 3160/66).
- b. Estatuto Jurídico del Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social (Orden de 26 de abril de 1973).
- c. Estatuto Jurídico del Personal no Sanitario de la Seguridad Social (Orden de 5 de julio de 1971).

Todo el personal estatutario se encuentra distribuido entre Atención Primaria y Atención Especializada en un porcentaje del 24,3% y 75,7% respectivamente (INSALUD 4º Trimestre 1996).

Uno de los aspectos fundamentales de la composición de la plantilla del INSALUD se basa en la distribución del personal con plaza en propiedad e interino. Las plazas de propietarios únicamente se cubren a través de un concurso-oposición mediante prueba convocada centralizadamente. Las plazas de interinos son, por el contrario, cubiertas por los propios centros, al detectar carencias o necesidades, siempre que existan “vacantes” dotadas presupuestariamente. La relación de personal con plaza en propiedad respecto al interino se muestra en las figuras siguientes:

PERSONAL ATENCIÓN PRIMARIA

Interinos
36,3%

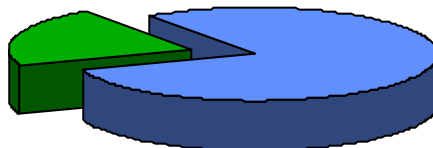


Propietarios
63,7%

Fuente: INSALUD. 4º Trimestre 1996

PERSONAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Interinos
20,8%

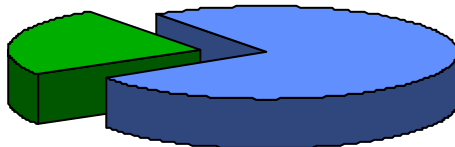


Propietarios
79,2%

Fuente: INSALUD. 4º Trimestre 1996

TOTAL PERSONAL INSALUD

Interinos
24,6%



Propietarios
75,4%

Fuente: INSALUD. 4º Trimestre 1996

El sistema de selección del personal del INSALUD está regulado por el Real Decreto 118/91, de 25 de enero, que viene a desarrollar la Ley 4/90 de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 1990, donde se establecen las bases generales de dicho sistema, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. La crítica al sistema de selección que recoge el Plan Estratégico del 97 apunta la línea de los nuevos diseños de mercado que, a partir del 97, se empezaron a perfilar,

- ◆ No permite a los centros el acceso a los sistemas de selección por lo que en ningún momento pueden intentar captar a los candidatos más adaptados a sus necesidades.
- ◆ No permite establecer perfiles para los puestos de trabajo (los baremos están predeterminados), por lo que no se puede buscar la adecuación persona-puesto.
- ◆ Como consecuencia de los dos puntos anteriormente reseñados, no permite a los hospitales la creación (formación) de sus propios equipos.

En Junio de 1998 algunas organizaciones de la profesión sanitaria trabajaban en torno a un *Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de Salud* con la finalidad de obtener una regulación específica para los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los Centros e Instituciones Sanitarias Públicas que tradicionalmente habían tenido una regulación específica¹⁵. Como señala su Exposición de Motivos del Borrador de 1998,

uno de los aspectos más significativos del nuevo modelo de relaciones laborales es su clara inclusión dentro del concepto genérico de función pública, a través de una relación funcionarial especial, culminando de este

¹⁵ Se está tramitando un Proyecto de Ley que establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. El 7 de noviembre de 2001 se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el Informe de la Ponencia.

modo el proceso de evolución doctrinal, jurisprudencial y normativa que el propio concepto de personal estatutario ha conocido, desde su nacimiento muy cercano a la relación laboral común, hasta su situación actual, totalmente integrado en el ámbito de las relaciones de servicios propias del Derecho Administrativo. Aspecto fundamental de la culminación de ese proceso lo constituye la derogación del artículo 45 del antiguo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, último nexo de conexión del personal estatutario, en la medida que atribuía la resolución de los conflictos a la Jurisdicción social, con el Derecho Laboral. (Algunos profesionales no dejan de observar que este cambio implica lentitud en la resolución de los conflictos, Artículo publicado en el Diario Médico de 26 de mayo de 1998) También se criticaba la exclusión de la Atención Primaria.

Recientemente, en Mayo de 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha presentado una propuesta de inclusión de las políticas de personal en los objetivos de ‘calidad y eficiencia’ del Sistema Nacional de Salud¹⁶. Este *Borrador con vistas a un acuerdo de principios básicos sobre política de personal en el sistema nacional de salud* publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en mayo de 2001 señala en su exposición de motivos,

ante el actual proceso de transferencias sanitarias se pone de manifiesto, aun con mayor intensidad, la necesidad de contar con unos Principios Básicos en materia de personal para el Sistema Nacional de Salud, de conformidad con lo provisto en el artículo 47 de la Ley General de Sanidad. Contar con dichos principios básicos favorecería una adecuada vertebración y una mayor cohesión respecto de las condiciones básicas aplicables a todo el personal del Sistema Nacional de Salud, sin perjuicio de las competencias atribuidas a las Comunidades Autónomas. Frente a este Borrador, algunas ‘autonomías’, según publica el Diario Médico (junio 2002), han levantado la voz para pedir la elaboración del Estatuto Marco, ya que las decisiones del Interterritorial están muy bien y como primer esfuerzo pueden valer, pero si hay presiones sindicales, esos principios pueden variar mucho.

Todas estas cuestiones resultan esenciales ya que parece, por un lado, que actualmente la situación del personal sanitario que trabaja para centros sanitarios

¹⁶ Este punto está estrechamente relacionado con el que trataremos en el siguiente apartado relativo al control de los procesos médicos.

públicos (denominado personal estatutario) se encuentra en un proceso de consolidación.

No obstante, el nuevo modelo busca articular sistemas de acceso que permitan crear un nuevo perfil de profesional ajustado al mismo. Sin duda, esta cuestión resulta hasta tal punto esencial que a pesar de la transferencia de los centros y servicios sanitarios del Insalud a las Comunidades Autónomas con el traspaso correspondiente del personal estatutario, es decir, el personal que trabaja en tales centros, el Ministerio de Sanidad y Consumo crea por Orden 982/2002, de 30 de abril, una Comisión de Desarrollo y Seguimiento para articular un procedimiento de desarrollo, gestión y seguimiento centralizado de los procesos selectivos y de provisión que se convoquen¹⁷.

En el ámbito de Cataluña se está trabajando un Libro Blanco de las profesiones sanitarias que tiene como objetivo planificar las necesidades de atención a la salud. No obstante, hay que tener en cuenta que la organización y planificación de la formación sanitaria especializada (MIR) es competencia estatal.

2.5. La autonomía de los centros proveedores

La autonomía de los centros proveedores se presenta como objetivo básico de la nueva organización. La Administración compradora “tiene como objetivo esencial el desarrollo de los instrumentos de contratación de servicios y productos sanitarios, mediante la selección de los proveedores más eficientes en calidad y precio, asegurando

¹⁷ Esta Comisión tiene como funciones: a) Proponer los criterios para el nombramiento de los Tribunales y Comisiones delegadas de apoyo, en desarrollo de las normas que sobre su composición establecen las respectivas convocatorias; b) Auxiliar y colaborar en la resolución de incidencias y dudas derivadas de las

que el paciente sea atendido en todo caso en las mejores condiciones y dentro del marco presupuestario fijado por el financiador”¹⁸.

La Administración, según lo previsto en el Plan Estratégico del 97, debería asumir las siguientes funciones,

- ◆ Diseñar y desarrollar la política general de recursos humanos, impulsando la descentralización de la misma en ciertos aspectos.
- ◆ Diseñar y desarrollar la política de Directivos de los centros proveedores.
- ◆ Impulsar coordinadamente la renovación y adecuación de los centros en tecnología.
- ◆ Aprobar los proyectos de obras y mejoras de los centros de determinados significación y alcance.
- ◆ Seguimiento presupuestario
- ◆ Diseñar una Unidad Central de balances para los centros con autonomía de gestión.

La lógica de la autonomía se diseña sobre la base de un contrato-programa que la Administración compradora firma con los proveedores¹⁹. En el ámbito de la

pruebas selectivas y de los baremos de méritos establecidos en las fases de selección y provisión de las convocatorias de consolidación de empleo, estableciendo criterios homogéneos al respecto.

¹⁸ El artículo 40 de la Ley General de Sanidad atribuye a la Administración del Estado, entre otras, las siguientes competencias:

- ◆ Determinación con carácter general de las condiciones y requisitos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- ◆ La reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre extracción y transplante de órganos.
- ◆ El Catálogo y Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios que recogerán las decisiones, comunicaciones y autorizaciones de las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus competencias.

En Cataluña la acreditación corresponde al Servei Català de la Salut.

Administración sanitaria el contrato – programa lo define J.J. Martín (Informe SESPAS 1998:430). como “un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro. En términos generales un contrato-programa tipo establece el objetivo de producción y la financiación máxima disponible”. El contrato-programa es, por lo tanto, un instrumento para el control racional del gasto. Con base a este contrato-programa los gestores tratan de que los profesionales que integran la institución sigan en el desarrollo de su práctica los procedimientos técnicos que se ajusten a los gastos financiados.

Un elemento esencial para el funcionamiento del sistema es la codificación de información. Hay que tener en cuenta que el pago de los servicios se hace en función de las altas hospitalarias y, a tal fin, se establece una pormenorizada regulación del alta²⁰. El Consejo Interterritorial definió en 1987 los datos que debían recoger cada alta, en todos los hospitales, es decir, el Conjunto Mínimo Básico de datos al alta hospitalaria.

Posteriormente, el INSALUD estableció a través de la Resolución 1/92 la normativa del Conjunto Mínimo Básico de Datos para sus hospitales, ampliando algunos items respecto al básico establecido por el Consejo Interterritorial. Disponer de la codificación de las altas hospitalarias es fundamental para desarrollar los sistemas de información para la gestión basados en casuística. Es decir, la financiación de los respectivos centros (o la compra por parte de la Administración y acordada en los

¹⁹ En la Administración Pública española el contrato-programa surge como instrumento de regulación entre el Ministerio de Economía y Hacienda con sociedades, estatales o no, que reciben subvenciones del Estado. Su base legislativa se encuentra en el art.91 de la Ley General Presupuestaria.

²⁰ Este sistema incentiva las altas hospitalarias pero también producen rebotes del paciente a otros centros o repetidos reingresos (Entrevista Octubre 2001)

contratos programa²¹). En la actualidad se ha implantado el sistema de clasificación de pacientes GRD (Grupos relacionados de diagnóstico) en los hospitales públicos²².

De la situación actual se puede concluir que el Sistema de Información de los Hospitales públicos, al menos, tendría que permitir la recogida, proceso, integración y análisis de los datos e información de las diferentes áreas de actividad del mismo, con objeto de facilitar una adecuada toma de decisiones de pago por parte de la Administración sanitaria. Sin embargo, los Sistemas de Información que se han ido desarrollando en los últimos años, se han estructurado de forma fragmentaria, en distintas áreas de la organización, no existiendo una integración plena de los mismos. No se han establecido criterios homogéneos de recogida de datos en los distintos centros, estando los mismos insuficientemente definidos, e incluso algunas de las definiciones se encuentran duplicadas de forma contradictoria.

El proceso de 'reorganización' hacia la autonomía se prolonga en el interior de los centros y también el Plan Estratégico del 97 presenta las propuestas para la articulación contractual de los servicios,

las gerencias de los hospitales realizarán de forma paulatina con todos los servicios y unidades, contratos de gestión funcionales. Estos contratos contendrán: cartera de servicios, objetivos de actividad, pacto presupuestario, objetivos sobre lista de espera y demora media (quirúrgica, diagnóstica y consulta), actividad docente e investigadora, indicadores de calidad e incentivos ligados a los cumplimientos del contrato realizado.

²¹ En los Contratos Programa de los últimos años se marcó como objetivo la cumplimentación del Conjunto Mínimo Básico de Datos, con la meta de alcanzar, al menos, el 80% de las altas.

²² El sistema de pago basado en Grupos relacionados con el diagnóstico. En la actualidad en Cataluña el Servei Català de la Salut ha establecido este sistema de pago a los proveedores integrados en la XHUP (Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública). Este sistema se basa en el cálculo de un precio por procedimiento al que se le añaden un porcentaje en función de los gastos por estructura y complejidad del centro sanitario. No es lo mismo operar una apendicitis en un pequeño hospital que en un gran hospital (Entrevista 19 de marzo).

Una de las finalidades es que el marco de organización sea más flexible. Y, conforme a lo establecido en el Plan,

- ◆ Permita a cada centro la posibilidad de desarrollar su propio organigrama, tanto el directivo como el de las distintas unidades del hospital, de manera que se pueda adaptar la organización a sus características estructurales e históricas. El diseño del organigrama se basará en unos mínimos fijados previamente.
- ◆ Defina la participación de los agentes sociales en la evaluación de la gestión y la calidad de los centros de un modo más ágil.
- ◆ Estimule la participación de los profesionales en la gestión de sus servicios.
- ◆ Permita nombrar responsables de gestión de agrupaciones de servicios, dirigidas a la atención integral del paciente.

Este nuevo modelo ‘exige’ un nuevo perfil de profesional, como apuntamos. Por un lado un profesional que se ajuste al ‘puesto’ de trabajo²³ y, por otro, se plantea como estrategia necesaria en este nuevo modelo una política de ‘profesionalización’ de los directivos²⁴.

²³ El Plan Estratégico ilustra el proceso de cambio que se impulsa legalmente. El sistema de selección del personal del INSALUD está regulado por el Real Decreto 118/91, de 25 de enero, que viene a desarrollar la Ley 4/90 de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para 1990, donde se establecen las bases generales de dicho sistema, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Los problemas más significativos que afectan al actual sistema de selección son los siguientes:

- ◆ No permite a los centros el acceso a los sistemas de selección por lo que en ningún momento pueden intentar captar a los candidatos más adaptados a sus necesidades.
- ◆ No permite establecer perfiles para los puestos de trabajo (los baremos están predeterminados), por lo que no se puede buscar la adecuación persona-puesto.
- ◆ Como consecuencia de los dos puntos anteriormente reseñados, no permite a los hospitales la creación (formación) de sus propios equipos.
- ◆ La gestión del proceso de selección es enormemente rígida y compleja.
- ◆ Concepto tradicional-funcionario por lo que no responde a las necesidades de un sistema que tiende a ser cada vez más dinámico.

Toda esta problemática condiciona en gran medida la flexibilización del sistema, y su acercamiento a un criterio eficiente de selección de personal.

La principal consecuencia que se desprende de este sistema es que la vinculación que se obtiene al sacar una plaza se establece exclusivamente con el sistema, y no con el puesto de trabajo en concreto ni con el centro que tiene la necesidad de cubrirla.

²⁴ El Plan Estratégico describía el siguiente ‘estado de la cuestión’.

En el INSALUD, los profesionales que integran los equipos de dirección constituían en 1996 el 0,6% del total del personal (750 directivos: 543 de Atención Especializada y 207 de Atención Primaria. INSALUD. Datos provisionales 1996), entre Directores Gerentes, Subdirectores Gerentes, Directores Médicos, Directores de Enfermería, Subdirectores de Médicos, Subdirectores de Enfermería, Directores de Gestión y Subdirectores de Gestión.

El INSALUD tiene una política de directivos que se caracteriza por los siguientes hechos:

El ejercicio de esta facultad de reordenación interna del personal se ha discutido en los tribunales. El Tribunal Supremo en Sentencia de 1999 ha señalado que el ejercicio de las facultades otorgadas a la Gerencia de trasladar a los profesionales ha de ser motivado²⁵. El caso hacía referencia al traslado de un profesional especialista a un ambulatorio (dependencia del Hospital). En este caso se discutía si la medida se encontraba incluida en las facultades de organización.

Recientemente, *Diario Médico* de 14 de junio de 2002²⁶ se hacía eco de varias sentencias de Juzgados de lo Social en el que se ponían límites a esta facultad organizativa. En efecto, el Juzgado de lo Social nº 2 de Oviedo en una Sentencia de 25.7.2002 censuró la actuación de un Jefe de Servicio que excluyó a un médico de la programación de una actividad quirúrgica sin mediar explicación. La defensa argumentaba que el Jefe de Servicio había actuado en ejercicio de su capacidad organizativa y la organización que había perfilado se debía a la ‘propia conducta del médico’. La sentencia dictada por el Juzgado se basa en que las sanciones deben

-
- ◆ Falta de definición de perfiles profesionales de los directivos
 - ◆ Falta de existencia de criterios para el reclutamiento de los directivos
 - ◆ Nivel retributivo bajo, en relación con el resto de Servicios de Salud y con la responsabilidad y los riesgos que puedan asumir al dotarlos de mayor autonomía de gestión
 - ◆ Escaso componente variable en la retribución ligado a los resultados
 - ◆ Carencia de un sistema conocido y técnico de evaluación de directivos. Los criterios para el cambio de directivos pocas veces se ligan a la evaluación de los resultados obtenidos y previamente pactados con los equipos
 - ◆ Insuficiente política de formación de directivos, a nivel corporativo, tanto en lo que respecta al acceso a los cargos directivos como a la formación continuada
 - ◆ Escasa estabilidad de los directivos, particularmente en los niveles altos de la organización, siempre ligado a la falta de criterios para evaluar la profesionalidad
 - ◆ Falta de una carrera profesional

Todos estos problemas conducen a la consolidación de una cultura que conduce al conformismo, asumiendo pocos riesgos. La falta de evaluación profesional, la no transferencia de riesgos a los gestores y no ligar la evaluación, ni las retribuciones a los resultados, rompe el principio esencial que se espera de un directivo, es decir que logre resultados de eficacia, eficiencia y calidad, con la máxima satisfacción para los usuarios y los profesionales que dan el servicio.

²⁵ La referencia a la sentencia aparece en la publicación *Diario Médico* sin otro dato que el del año y ha sido imposible encontrarla.

²⁶ <http://www.diariomedico.com>

encauzarse por el procedimiento disciplinario. En el mismo sentido se ha pronunciado otra reciente sentencia del Juzgado de lo Social de Lugo de 30 de Octubre 2001.

2.6. ¿Quién regula?

Otra de las cuestiones esenciales y polémicas es la capacidad autorreguladora de la profesión médica y el control sobre la práctica médica.

Un hecho relevante ocurrido en Inglaterra en mayo de 1998 sitúa la cuestión. En efecto, en mayo de 1998 el General Medical Council (equivalente al Consejo General de Colegios Oficiales Médicos en España) decidió que dos cirujanos del Bristol Royal Infirmary eran culpables de seguir operando niños con defectos coronarios cuando ellos sabían que el porcentaje de muertes era extremadamente alto. Además, el director médico (que desarrolla también funciones de gestión) fue declarado culpable por no impedir que siguieran haciéndose estas operaciones cuando se le había advertido el elevado porcentaje de muertes. El caso fue seguido intensamente por la prensa médica²⁷.

El Gobierno a raíz de estos hechos puso en marcha una investigación y, como apunta B. Salter (2001), no es casualidad que el mismo día que se inició esta investigación, el secretario de Estado emitió una guía gubernamental sobre el gobierno clínico (National Health Service Executive, 1999^a). De este modo, la regulación médica, incluso la autorregulación médica, se sitúa en el centro del escenario de la política del

²⁷ Este hecho causó conmoción no sólo en Inglaterra puesto que todos los profesionales que he tenido oportunidad de entrevistar conocían bien este caso. Un caso que presenta alguna analogía es el enjuiciado en la sentencia de la Sala contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Valencia de 18.12. 2001 que condena a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana “por no aplicar el protocolo más seguro”. (Diario Médico de 5 de marzo de 2002)

National Health Service (NHS)²⁸. Como señala B. Salter (2001), parece claro que el final de la escena será un nuevo sistema de regulación médica pero no se sabe muy bien cómo será y quién lo controlará²⁹.

2.7. Reorganización de los servicios médicos y regulación de prácticas estandarizadas: los protocolos

A lo largo de todo el capítulo se han tratado de mostrar las tensiones existentes en el proceso de cambio. Se establecen nuevas líneas reguladoras de la práctica médica institucionalizada pero existen inercias importantes que obstaculizan el proceso ‘deseable’ de transformación. Pero una pregunta sigue planteándose, ¿cómo se produce el cambio? ¿cómo pueden transformarse las prácticas institucionales?.

²⁸ En Mayo de 2001 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un *Borrador con vistas a un acuerdo de principios básicos sobre política de personal en el sistema nacional de salud*. Este Borrador apunta a la inclusión de las políticas de personal en el sistema nacional de salud,

La consolidación del Sistema Nacional de Salud y su gestión, según los principios de equidad, solidaridad y funcionalidad del mismo, ampliaría las oportunidades profesionales del personal y su propia motivación y compromiso con el Sistema Nacional de Salud así como con el Servicio de Salud autonómico en el que específicamente desarrolla su actividad profesional.

²⁹ El Plan Estratégico del Insalud en el capítulo de propuestas ya marca el modelo al que se tiende: no estamos ante una desregulación sino, en cualquier caso, ante una nueva regulación,

El modelo de relaciones propuesto, dadas las peculiaridades del bien salud y de los agentes que intervienen en el proceso, no debe configurarse como un mercado libre sino como un sistema en el que la competencia esté regulada. Esta consideración no atiende a la voluntad implícita de limitar el funcionamiento de la nueva estructura que se deriva de la aplicación de este estudio, sino como una garantía necesaria para salvaguardar los derechos constitucionales del ciudadano (artículo 43) y, desde luego, para el mantenimiento de los principios de equidad e igualdad en el acceso.

Y esta nueva regulación parece tener una trascendencia organizativa,

En conclusión, el propósito perseguido en este nuevo escenario, es sustituir un modelo altamente burocrático por uno más ágil basado en un sistema de competencia regulada, introduciendo, a su vez, un conjunto de incentivos derivados de la dinámica positiva de los mercados sanitarios, sin abandonar el carácter público y sin renunciar a ninguno de los principios del Sistema Nacional de Salud.

Los procesos apuntados dibujan un marco de transformación normativo cuyo alcance queremos plantear desde la descripción de la organización y el trabajo profesional del servicio de urgencias médicas y el hospital en el que hemos trabajado como observadores participantes. La descripción de las prácticas de los profesionales pueden servirnos, en su caso, para replantearnos cómo los profesionales articulan prácticamente los cambios esbozados y, desde el punto de vista teórico, si convergen inercias institucionales o, por el contrario, si también el cambio obedece al abandono por los profesionales de prácticas ya obsoletas. Los discursos de quienes impulsan el cambio institucional hacia la configuración de una sanidad pública basada en el mercado apuntan a que los profesionales se muestran resistentes al cambio y se han de vencer estas inercias.

P. J. DiMaggio y W. W. Powell³⁰ (1991:67), que son deudores de las aportaciones de H.A.Simon, hablan de tres formas de isomorfismo institucional:³¹

- (1) Coercitivo que resulta de presiones formales e informales que se ejercen sobre las organizaciones por otras organizaciones con las que pueda existir dependencia y por expectativas culturales de la sociedad en las

³⁰ Según DiMaggio y Powell (1991:63)

We argue that the causes of bureaucratization and rationalization have changed. The bureaucratization of the corporation and the state have been achieved. Organizations are still becoming more homogeneous, and bureaucracy remains the common organizational form. Today, however, structural change in organizations seems less and less driven by competition or by the need for efficiency. Instead, we contend, bureaucratization and other forms of organizational change occur as the result of the processes that make organizational change occur as the result of processes that make organizations more similar without necessarily making them more efficient. Bureaucratization and other forms of homogenization emerge, we argue, out of the structuration (Giddens 1979) of organizational fields. This process, in turn, is effected largely by the state and the professions, which have become the great rationalizers of the second half of the twentieth century. For reasons that we will explain, highly structured organizational fields provide a context in which individual efforts to deal rationally with uncertainty and constraint often lead, in the aggregate, to homogeneity in structure, culture and output.

³¹ Esta perspectiva cabe completarla con los procesos de ‘desinstitucionalización’ analizados por C. Oliver (1992). En efecto, frente al énfasis que la teoría de la institución hace en la fuerza del hábito, la historia y la tradición en la organización como elementos de fuerte resistencia al cambio, la teoría de la

que la organización funciona. Las organizaciones incorporaran las imposiciones normativas.

- (2) Miméticas: cuando las organizaciones modelan sus actuaciones siguiendo a otras organizaciones para dar respuesta a situaciones de incertidumbre, tecnologías nuevas o finalidades ambiguas. Se adoptan las estructuras y procesos que se han demostrado exitosas.
- (3) Normativas: que resultan de la influencia de los profesionales para adoptar estructuras y procesos que se adecuen a las normas y estándares establecidos.

2.7.1. El servicio de urgencias médicas

El servicio de urgencias ocupa en el seno del Hospital un lugar peculiar. La estructura actual del servicio es relativamente reciente y es un proceso todavía no acabado. En efecto, el servicio se reorganiza en el año 94 hacia un diseño marcado por la ‘profesionalización-especialización’ de su personal (Entrevista Dr. Jefe de Servicio 13.2.02). Esta transformación coincide con una circunstancia que no es casual: la adquisición del Hospital del carácter universitario. También por las mismas fechas (1996) el Departament de Sanitat interviene en su labor de coordinación y agrupa servicios.

La organización del servicio que se está perfilando se hace en conexión con transformaciones normativas y en sintonía con las transformaciones operadas en el

desinstitucionalización se fija en factores de abandono de prácticas y desafío a prácticas institucionales cuya persistencia cuestiona la propia continuidad institucional.

conjunto de la red sanitaria catalana y tiene como objetivo la creación de un nuevo servicio³².

La atención en el servicio de urgencias se prestaba hasta 1996 por profesionales de cualquier especialidad que “un día a la semana hacían la guardia”³³. La organización del servicio supuso la creación de ‘plazas’ fijas de urgencias³⁴. Este ‘nuevo servicio’ requiere la transformación de algunas rutinas de los profesionales que han de redefinir la relación que establecen con este servicio. En este sentido, los profesionales que lo integran ha de decidir si optan por la exclusividad en la que se exige en este servicio o por establecer otro tipo de relación para poder dedicarse profesionalmente en otra especialidad (Entrevista 16 de marzo)³⁵.

El proceso de organización de esta nueva estructura en el servicio está sujeto a debate entre los profesionales que lo integran. De hecho, parecen existir dos propuestas alternativas: aquella que prefieren los ‘mandos’ del servicio frente a la propuesta que hacen los profesionales más jóvenes³⁶. Todo ello parte de una premisa esencial: las urgencias pueden constituir una especialidad. Uno de los Jefes del servicio de Urgencias médicas del hospital donde realicé el trabajo de campo apuntaba el perfil técnico del

³² El equipo de profesionales médicos (médicos adjuntos que se encuentran en primera línea del servicio en los turnos de mañana y tarde) que integra el servicio es joven, entre 30 y 40 años y la reorganización del servicio la explican como un reto profesional (Entrevista 16 de marzo 2002, Pediatra adjunto de Guardia).

³³ De hecho todavía se conserva la presencia de un especialista de traumatología u ortopedia que no se integra propiamente en el equipo de urgencias del hospital. Este es un punto que también se verá modificado por este proceso de transformación del servicio.

³⁴ El proceso de acceso al trabajo de manera fija se hace en este hospital, a pesar de su carácter privado, a través de lo que ellos llaman convocatorias de plazas análogas a las convocatorias públicas.

³⁵ En el capítulo 4 y 5 nos referimos con mayor extensión a esta cuestión.

³⁶ No conozco a fondo los términos del conflicto y, quizás, lo único que desearía resaltar aquí es que realmente parece abrirse un conflicto entre una propuesta de dedicación exclusiva al servicio con turnos rotatorios de trabajo y la propuesta de los profesionales jóvenes que se decanta hacia la no exclusividad y la no rotación de turnos. También hay que tener en cuenta que el servicio se integra mayoritariamente por mujeres jóvenes que o tienen hijos o piensan tenerlos. Por otra parte, los profesionales jóvenes son partidarios de la colaboración de residentes mientras que los mandos parecen querer limitar la presencia de personal en formación. Este punto responde a la voluntad de que el personal de urgencias se encuentre

profesional de las urgencias en el que se basan las reivindicaciones hacia la especialización,

A urgències la manera d'afrentar el problema és diferent y requereix una mecànica diferent y això es el que marca (10.55)les diferències...tu parles amb un especialista d'infeccioses y sap perfectament el tractament de la pneumònia de la meningitis en canvi tu a urgències has de saber el tractament però no et ve el nen amb una etiqueta on posa que té meningitis ...ve un nen que té febre amb una família que no et coneix amb una angoixa i clar tu has de gestionar tot aquesta ..en canvi l'infectòleg ell en sap molt de com es tracta una meningitis o una pneumònia però en canvi le falta una mica el pugar manegar aquesta situació que es diferent ..ell te a vegades coneixements molt més profunds però tu tens coneixements molt més amplis de tot y a més la manera de manegar-lo es diferent (Entrevista Dr. Jefe Servicio 13.2.02)

El Jefe del servicio, por otra parte, también entendía esencial que el servicio adoptase plenamente criterios de gestión en el funcionamiento del servicio. Es decir, que los profesionales incorporen en sus prácticas rutinarias criterios de control de gasto en el marco de una definición científica de la práctica médica adecuada. El instrumento práctico de este proceso es el protocolo.

2.7.2. Un protocolo

El protocolo es fundamentalmente una práctica a la que se le asigna un valor científico-técnico por quienes habitualmente participan en el desarrollo de la práctica médica³⁷. No puede entenderse el protocolo como una norma o regla que constriña la actuación de los médicos. Veamos cómo se piensa y se enseña la aplicación de un protocolo en la siguiente interacción entre dos pediatras.

plenamente formado. En la actualidad, de todos modos, aun cuando los profesionales en formación actúen en urgencias legalmente no pueden firmar altas, como veremos en el capítulo 4.

- Ped. A ver, en realidad, es un lactante de ocho meses que viene pues por ... lo envía el pediatra pues para más que nada para descartar...mm desde el domingo queee cuenta rechazo de alimentos, febrícula desde el martes ayer 37.8 yyy sin otra sintomatología no, es que ayer tiene un vómito y una deposición diarreica una sola una hez abundante, líquida y no orina desde ayer a laaaaasss once de la noche durante todo el día de hoy ha estado tomando líquidos ha estado bien sin vomitar tampoco pero no ha hecho pis
- Ped1. ¿Seguro? Dice que estaba seco el pañal
- Ped. Sí, si estaba seco el pañal y ahora le he puesto una bolsa a las cuatro o así
- Ped1. Pero ha comido poco
- Ped. Ha bebido líquido comer no come desde ayer pero ha estado bebiendo líquido su estado de hidratación es bueno tiene lágrimas ¿? Piel
- Ped1. Y el resto de exploración ¿ no tiene una otitis?
- Ped. No un oído no se lo veo por la cera pero el otro lo tiene normal
- Ped1. Y no así no trado negativo no te parece? No hay una infección respiratoria
- Ped. No, no, no me parece
- Ped1. Hay que tomarle?¿? la muestra de orina habla con la familia
- Ped. Lo que pasa
- Ped1. Para plantearle el sondaje a ver si tiene orina o no tiene orina
- Ped. Lleva tres es la tercera bolsa yy
- Ped1. Por eso háblale a la familia di es muy importante ver si esto es una infección de orina aunque haga pipí ahora si sale alterado hay que confirmarlo con una segunda muestra habría que sonarlo llevamos ya dos horas sin hacer pipí lo importante ver si hay pipí en la vejiga o no
- Ped. Lo que pasa es que, claro.
- Ped1. Habla con ellos
- Ped. ¿Que no haga pipí qué puede ser? Que esté deshidratado no porque no lo parece clínicamente pero puede que
- Ped1. En niños pequeños sino, sino, no pero primero vamos a ver sino igual le sondas igual no hace pipí porque tiene ¿? Hay niños que si tienen disuria tienen tendencia a retener la orina o sea puede ser esto yyy a veces sino rechazan el alimento y no comen nada pues puede ser que lo sonden haya poco pipí y realmente pues sea estalibbúrico¿? Por falta de aporte pero antes lo sondaría luego valoraría la analítica ...una [¿?] Te daría signos de deshidratación y no los tiene
- Ped. No no, pero bueno la [¿?] Si puede ir con cosas normales y con una deshidratación hiper [¿?]
- Ped1. Pero siempre, siempre hay una buena correlación normalmente con el scor de borlik sino tiene ningún signo de deshidratación seguro que no eso se ha demostrado que con sino tiene ningún signo seguro que no sale deshidratado ahora claro lo valoraremos seguramente habrá que acabar haciéndole una analítica pero de entrada sino hay fiebre yo me esperaría
- Ped. Febrícula estaba a 37.8
- Ped1. Igual ahora lo sondas y sacas cien y resulta que
- Ped. Ya ya
- Ped1. Y luego el sedimento es normal es muy importante luego comprobar que le va haciendo diuresis claro si tie... sino tiene pipí lo sondas y no tiene pipí lo vas a ingresar tiene una liguria tiene hay que hacerle una analítica con urea retenina... Una infección renal puede debutar con rechazo de alimento... O sea vamos a sonarlo primero

³⁷ Zimmerman (1992), Knorr-Cetina & Cicourel (1981) muestran en sus trabajos cómo las estructuras, los sistemas, la cultura son fenómenos producidos que únicamente existen en las prácticas de los participantes, sin perjuicio, de que en sus discursos se hable de ellos como sistema.

- Ped. [Entona síntomas] Un síndrome de estos hemolítico-urémico con una deposición, una deposición diarreica.
- Ped1. ¿Una sola? [...] Demasiado precoz demasiado precoz poder puede ser pero demasiado precoz puede haber polímeros urémicos atípicos en los lactantes, pero parece demasiado precoz normalmente hay algo más tómale la tensión también pero primero sonda habla con la familia a ver si los convences sino ya hablaré yo con ellos es muy importante... Tres bolsas muy importante y lo que podemos hacer es dejarle la sondita habitualmente, no, no lo hacemos sino que lo sondas y se lo quitas pero...
- Ped. ¿Y con qué mo y con qué fin? O sea con qué
- Ped1. Para ver la diuresis que va haciendo durante este rato
- Ped. O sea como una bolsa
- Ped1. Si la sonda con una bolsa conectada un colector puesto un ratito no pasa nada si lo dejamos unas horas
- Ped. Y que lo dejo en el box o en la polivalente
- Ped1. Y lo dejas en la polivalente no bloquees el box lo dejas en la polivalente
- Ped. Y y qué te iba a decir
- Ped1. Y y ahora vemos la orina que hay porque si ahora vemos que lo sondan y no hay orina pues hacemos analítica directamente primero habla con la familia y explícales eso
- Ped. Vale y en el caso que no fuera
- Ped1. El sondaje que no es nada doloroso que pones la sondita para recoger la orina directamente que no es doloroso que llorará un poquito por fijarlo esto por la manipulación..
- Ped. Y en el caso que fuera una insuficiencia renal que empezara con rechazo alimento qué se pauta
- Ped1. ¿En un lactante? ...pues enfermedades infecciosas ...lo más frecuente es ¿? Luego hace un análisis y realmente no es sobre todo cuando no han tomado en las últimas horas ...lo más frecuente es ..habla con la familia a ver...

En el caso la pediatra narra las circunstancias del niño conforme a criterios relevantes para la actuación de urgencias: es un lactante, ha sido remitido por el pediatra, rechaza el alimento y vomita, no hace pipí. Esta información se la había facilitado la madre, tras obtener esta información la pediatra interrumpe la visita para consultar con una pediatra adjunta. La observación de campo me ha permitido entender qué estaba consultando la pediatra. En casos similares otros pediatras proceden directamente a “poner una bolsita” al niño o niña para recoger el pipí. En este caso, la pediatra valora las circunstancias que concurren (ya le habían puesto la bolsita) y se plantea que quizás conviene obtener el pipí a través de un acto más agresivo para el niño como es el sondaje. La pediatra joven consulta porque quiere anticipar el desarrollo del proceso de tratamiento posible en función de aquello que pueda ir produciéndose. La interacción

discursiva que las pediatras mantienen es esencialmente técnica pero aparece el diseño de un proceso práctico de actuación de urgencias para la concreción de unos síntomas inciertos.

Un protocolo incorpora esencialmente unas pautas de actuación estandarizadas frente a situaciones clínicas concretas y, particularmente, para el control del uso (y del gasto) de la tecnología sanitaria.

Los protocolos tienen, desde el punto de vista científico, una función esencial de información y puesta en marcha de la tecnología sanitaria. En este sentido el Consejo Interterritorial presentó el 25 de Octubre de 1999 un Acuerdo de implantación del uso tutelado de determinadas técnicas o procedimientos, previo a su aplicación generalizada en el Sistema Nacional de Salud. En este acuerdo se señala,

Los continuos avances científico-técnicos que se vienen produciendo en la asistencia sanitaria, entendiéndose por tales los métodos, actividades y recursos, basados en el conocimiento y la experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias garantizadas por el Real Decreto 63/95, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Para esta fase de estudio de la tecnología se prevé un protocolo de estudio que, como señala el Acuerdo, ha de estar consensuado con las unidades asistenciales que participan en el uso tutelado³⁸.

La Memoria de 1999 del INSALUD recoge en el apartado relativo al “Área de mejora de calidad y asistencia de los procesos asistenciales” las siguientes observaciones,

Respecto a la adecuación en la utilización de la alta tecnología, es interesante comparar los datos de utilización del año 1996 con los del año 1999. Se observa un aumento en la utilización de las técnicas, si bien la

³⁸ El consenso para la participación en el Hospital en el que desarrollé la investigación lo otorgaba el Comité de Ética.

variabilidad entre Comunidades Autónomas desciende. Es posible que los protocolos estén contribuyendo a igualar las tasas entre CCAA.

Los mejores resultados se obtuvieron en el protocolo de utilización de TAC y litrocia. La utilización del TAC de acuerdo a protocolo ha experimentado una mejora significativa respecto al año anterior. Hay que seguir trabajando en el desarrollo y cumplimiento de protocolos de indicación de estas técnicas, ya que su elevado coste, hace especialmente importante lograr una utilización apropiada.

Como indica el párrafo recién citado, el protocolo tiene también una función esencial de control del gasto sanitario. Se ha de considerar, por ejemplo, que el pago por parte del Servei Català de la Salut se hace en función de los procedimientos aplicados (GRD) y que la utilización de cualquier otra tecnología se ha de especificar si el hospital quiere que la Administración pague la prestación sanitaria³⁹.

El protocolo también tiene una dimensión normativa atribuida por los profesionales como discurso que encaja una práctica en el sistema, es decir, la práctica conforme a lo previsto en los protocolos pretende ajustar lo hecho en el caso concreto a lo establecido por el sistema.

Como veremos al analizar las quejas en el capítulo siguiente, el seguimiento de una pauta protocolizada parece dar una cierta cobertura legal a las actuaciones⁴⁰. Los protocolos inscriben en el sistema prácticas que la organización valora y, al mismo tiempo, permiten interpretar resultados, como veíamos en la interacción que mantenían las pediatras que hemos transcrito. El Jefe de del servicio de urgencias calificaba en una entrevista a los protocolos como, “una obligació legal que tenim de portar una sèrie de

³⁹ Los Grupos relacionados de diagnóstico se han adoptado como forma de pago por parte de la Administración. En el seno del hospital una unidad adscrita a Gerencia, la Unidad de Control de Información, se encarga de recoger toda la información relativa a los procedimientos aplicados por los profesionales quienes deben pormenorizar las prestaciones realizadas.

⁴⁰ No es extraño, por ejemplo, que el profesional médico o enfermero, en las respuestas a algunas quejas presentadas por los pacientes sobre ‘cómo se hicieron las cosas’, diga que ‘se siguió el protocolo’ y este protocolo marca también un tanto por ciento de fallos. Recientemente, 18 de junio de 2002, un medio de comunicación social presentaba una información sobre errores médicos en la que aparecía una

protocols i que la gent els segueixi” (Entrevista Jefe Servicio de Urgencias 19 de Marzo 2002)

Sin embargo, esto parece contradecir las conclusiones de un estudio realizado en el seno del mismo equipo de urgencias sobre el seguimiento de los protocolos por los diferentes miembros del equipo de las guardias como índice para evaluar la calidad del servicio de urgencias,

no deben escapar a las técnicas de evaluación y control de calidad. Se han propuesto diversos indicadores [...]. De todos los indicadores propuestos en la literatura creemos de gran interés aquellos que se centran en el informe de alta ya que en él se deben reflejar todas las vicisitudes de la asistencia, es un documento legal y es la única fuente de información del médico no hospitalario. Otros indicadores igualmente válidos son el tiempo invertido en la asistencia, ya que repercute directamente en el paciente y su familia, y **el seguimiento de los protocolos existentes ya que garantiza una calidad de asistencia previamente contrastada** El trabajo de 18 de Octubre de 2000 se realiza en los meses de septiembre y octubre de 1998.

El informe señala, a su vez, que las prácticas que indican los protocolos no se siguen de manera uniforme sino que su seguimiento depende de algunas circunstancias. Una de ellas es la experiencia como principal pauta que marca lo que debes hacer y que normalmente se distancia de lo previsto por protocolo. es conocido y reconocido por los profesionales médicos que la experiencia es la que marca la pauta de lo que debes hacer, como dice el informe los profesionales menos expertos(p.8), “lógicamente utilizan menos la experiencia personal y más los manuales de pautas”.

La adecuación de los médicos residentes a los protocolos, como apuntamos, se ajusta en la práctica cotidiana del servicio de urgencia a través de otra ‘práctica’ como es la consulta. Como explicaremos en los próximos capítulos, los/as médicos residentes que realizan guardias en el servicio de urgencias consultan habitualmente con los/as

denunciante que explicaba que el daño que los médicos y enfermeras le habían causado se debía a que “no habían seguido el protocolo”.

pediatras más expertos cuando dudan en torno a un diagnóstico o el tratamiento que ha de administrarse.

Cuando preguntamos a los residentes porqué preguntan a uno u otro profesional la respuesta se orienta en función de cómo ellos saben que los pediatras de mayor antigüedad actúan en sus prácticas o cuando les aconsejan lo que hacer. En estos casos las consultas justifican o legitiman al menos experto a realizar una práctica no estrictamente protocolizada (por ejemplo no realizar una prueba) pero que, en realidad no se piensa como tal sino como estricta pauta aconsejable en el caso concreto.

Estos mecanismos que dan una respuesta a los procesos de transformación más global sitúan a los profesionales en el sistema en transformación en la medida en que la práctica médica continúa siendo la que dicta el guión, como no podía ser de otra manera, en la medida en que el protocolo incorpora el conocimiento médico en su máxima expresión científica y técnica⁴¹.

⁴¹ El cambio tecnológico acelerado y el altísimo coste de la nueva tecnología constituyen circunstancias que se aceptan como necesarias, por una parte, y, por otra, constituye una característica de la práctica médica que resulta atractiva a la mayoría de los/as profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario, aunque los cambios no se hayan producido a la velocidad deseada

Dr.: Bé, la cirurgia ha canviat moltíssim però jo crec que ha canviat molt poc tristement fa vint i cinc trenta anys que anàvem a la lluna. Bueno, vam anar a la lluna i la tecnologia devia ser extraordinària per puguer veure com vam veure casi tots bé tots els que hi eram clar com trepitjaven la lluna volia dir... Bé nosaltres continuàvem i fins fa no gaire podia dir fins abans d'ahir continuàvem casi amb els mateixos instruments que fa cent anys o docent anys, ehh, que vol dir que la medicina no la cirurgia ha canviat tot la medicina fa vint i cinc o trenta anys quan anaves al metge es que ja estaves molt malament i operar-te era a vida o mort avui dia el concepte es diferent tot ha d'anar bé i l'excepció es que vagi malament i per tant s'ha d'aplicar tecnologia eh te més tecnologia un cotxe que un quiròfan això s'ha anat corregint i realment l'aparició de la cirurgia laparoscòpica de la forma que es fa ara com a cirurgia porta deu onze any deu anys en tot el mon i això ha fet avançar realment avui disposem de bisturís especials d'instruments que faciliten molt la cirurgia bàsicament disminueixen molt la agressió al malalt nosaltres precisament aquest hospital hem desenvolupar molt la cirurgia laparoscòpica que vol dir accedir a la cavitat amb uns petit tallets i amb una sèrie d'instruments i veient-ho per una pantalla de televisió podem fer molta cirurgia jo diria que gaire bé el cinquanta per cent de la cirurgia es pot fer per laparoscòpica això tampoc no vol dir que tinguem que batre records sino que hem de fer allò que el malalt li surt més a comte però si que hem de reconèixer que el nostre hospital es punter es pioner en cirurgia laparoscòpica no només a Catalunya o a espanya sinó a nivell internacional i d'algun tipo de patologia realment son dels grups que més en tenim de tot el mon aquest és el futur de la cirurgia i de tota la medicina, aprofitar tota la tecnologia tots els

Esto no impide que se manifiesten conflictos y que se articulen mecanismos de solución que tratar de lograr un consenso. En cualquier caso, aquellas modificaciones que pretendan alterar la práctica profesional difícilmente pueden imponerse sin previas conversaciones con los/as profesionales interesados/as, han de ser el producto de un consenso.

2.7.3. La cultura de los protocolos: (des)institucionalización

Íntimamente relacionada con las cuestiones anteriores, cabe plantear hasta qué punto el papel de los directores médicos y los gestores clínicos de niveles inferiores, quienes asumen funciones de dirección de marcado carácter burocrático, influyen en el proceso de des-profesionalización tan temido desde algunas instituciones médicas en tanto en cuanto puede suponer la pérdida de autonomía por el control establecido sobre la práctica médica. O, por el contrario, se establecen algunos mecanismos de solución de conflictos y otras prácticas que forman parte de un proceso de transformación incorporado como necesario. Es decir, los gestores médicos asumen la necesidad de la racionalización y asumen roles burocráticos (en el marco de unas prácticas profesionales de marcado carácter burocrático) pero, al mismo tiempo, permiten importantes espacios de autonomía a los/as 'colegas' profesionales. También cabe plantearse qué fuerzas institucionales presionan para el cambio o la inercia entre los médicos del ámbito hospitalario (Kitchener, 2000; Scott, 2001).

Dr. Tots sabem avui dia que tots no només els responsables del servei perquè al servei hi ha altres responsables o sigui tots hem de repartir el que més ens agrada que es l'assistència, el tracte personal amb el malalt amb altres funcions no per tant una part del nostre temps ja sabem que es diferent

coneixements en totes les àrees de coneixement per que el malalt tingui el millor diagnòstic amb la mínima pressió possible (Entrevista Jefe Servicio Cirugía, octubre 2001).

per tant cada un dels nostres metges des de el resident que aprèn més però també treballa molt l'adjunt que ha de tenir... El cap de servei li toca molta més feina jo ara estic aquí escrivint la memòria del servei son moltes hores ehh t'ha d'agradar i además son moltes hores però vol dir que moltes hores no les dediques a això inclòs un pensaria bueno el que mana així s'organitza la vida ..i tan que se l'organitza per que funcioni que vol dir que sovint opero malalts que no puc seguir personalment perquè m' és impossible avui he d'anar aquí demà has de complir aquestes funcions per tant has de renunciar coses gràcies a déu treballem en equip i tots ens ho cobrim una mica els altres no jo assumeixo unes responsabilitats que facilita que d'altres es puguin dedicar a d'altres i ells em fan unes meves entre cometes que em permeten que facin altres per tant es un problema d'un treball en equip cada un te funcions diferents i ens l'organitzem entre tots no hi més remei, lo que es segur es que tots els membres del servei apart del seu horari fan moltes hores per estudiar per organitzar-se inclús per treballar pur treball perquè ens sentim molt vinculats a la nostre feina (Entrevista Jefe de Servicio, octubre 2001)

Las palabras de este Jefe de Servicio nos sitúan en un escenario más o menos idílico en el que se lleva a cabo un trabajo profesional en un equipo altamente profesionalizado y competitivo. Este escenario casi perfecto parece dibujarse como objetivo de los cambios auspiciados por la ley de 1990 que introduce en el ámbito sanitario el cuasi-mercado⁴² e institucionaliza definitivamente la figura del director médico, es decir, la figura del médico que asume funciones de gestión pero que su competencia se basa fundamentalmente en su prestigio y experiencia como médico. Además del director médico que coordina las relaciones de todas las especialidades existentes en el hospital, cada una de las especialidades o servicios poseen, además, sus

⁴² Expertos en el nuevo sistema señalan:

Sin embargo, debemos apuntar que, en el modelo actual, las variaciones que afectarán a las diferentes líneas de servicios hacen difícil predecir cuál será el tipo de mercado más adecuado ya que éste vendrá condicionado por las características de cada una de estas líneas que deben ser financiadas. Así podrá coexistir en un modelo sanitario situaciones de libre mercado, monopolios y oligopolios dependiendo de la estrategia que se considere más indicada. A su vez el tipo de mercado y la forma de financiación también tendrán unos condicionamientos diferentes en aquellas zonas donde operen uno o varios proveedores, ya que lo que es válido en una zona donde 'compiten' varios proveedores puede no serlo cuando existe una oferta, como sucede en algunas áreas rurales concretas. También puede darse una integración vertical que suponga la transformación de los actuales proveedores de

jefes de servicio que también responden a este modelo de gestor médico. El modelo hacia el que tiende la organización potencia aquella previsión legal de autonomía de los servicios (Entrevista Jefe Urgencias, 13 febrero 2002) y su coordinación desde la dirección médica.

Este modelo de nueva creación supera el rol tradicional del médico de hospital. ¿Qué caracterizaba este modelo tradicional? Un aspecto fundamental de este modelo tradicional venía dado por lo que se caracterizaba como autonomía técnica en el sentido de que eran las decisiones médicas las que condicionaban el uso de recursos y únicamente debía rendirse cuentas de los resultados médicos alcanzados. Autores como Abbot (1988) señalan como es el contenido del trabajo el que nos dice qué está cambiando y es el control sobre este trabajo el que lleva a las profesiones al conflicto (1988:19)⁴³. Puede sugerirse que el desarrollo eminentemente técnico de la medicina sirve en este modelo para justificar y defender la autonomía y cierre de la profesión médica, la jurisdicción profesional en el sentido expuesto por Abbot. Este modelo de control profesional también impulsa la medicina defensiva.

Otra característica de este modelo tradicional era la separación entre los dominios médicos y administrativos. Los administradores no podían bajo ningún concepto inmiscuirse en el trabajo médico. El ámbito administrativo se articulaba desde la jerarquía, el control y los procedimientos frente al ámbito médico que vivía en un terreno autónomo y conforme a estándares estrictamente profesionales. En consecuencia, los médicos desarrollaban su práctica médica en el entorno propiciado por la

un área específica en proveedores sanitarios que presten los diferentes tipos de servicios asistenciales.

⁴³ Abbot, (1988:20) “The central phenomenon of professional life is thus the link between a profession and its work, a link I shall call jurisdiction. To analyze professional development is to analyze how this link is created in work, how it is anchored by formal and informal social structure, and how the interplay of jurisdiction links between professions determines the history of the individual professions themselves”

administración, entorno fundamentalmente estable, burocrático pero ajeno a ellos en alguna medida.

Sin embargo, parece que estos dominios no pueden separarse hoy en la práctica médica diaria. El médico escribe, hace un informe que tiene efectos fundamentalmente burocráticos, y es controlado desde instancias tanto médicas como burocráticas. El trabajo burocrático es también parte del trabajo médico.

Estos cambios son el producto de la presión de los gestores sobre las decisiones médicas propiamente dichas,

Difícil hacer entrar a los médicos en la lógica de gestión... Parece que no quieren hablar de dinero. No se les está diciendo que esto no pueden hacerlo sino que quizás ha de hacerse de otra manera, se ha de hacer esto otro. (Entrevista personal de gestión 26 de marzo de 2002).

Este control, sin embargo, no se hace directamente desde la Dirección del Hospital sino que se articula a través de las direcciones médicas y de enfermería⁴⁴. Sin perjuicio, de que en algunos casos puedan dirigirse directamente a los responsables del

⁴⁴ Como apuntamos anteriormente, esta investigación no puede abarcar la complejidad de los profesionales de enfermería, sin embargo, el testimonio de una enfermera puede completar una circunstancia también fundamental en este proceso de transformación del profesional médico deriva del proceso del cambio del perfil profesional de la enfermería hacia una mayor especialización técnica de manera que asume un papel esencial para la práctica médica y se resalta el carácter técnico aunque también humano de la enfermería.

La enfermera desgraciadamente salvo el paciente que ha vivido una temporada larga en un hospital que ha estado hospitalizado no llega a valorar realmente lo que es enfermería porque todavía se tiene culturalmente el concepto de que la enfermera es la que pincha la que está sometida por así decirlo a las prescripciones médicas o a las órdenes médicas y la que toma la tensión, la enfermera es mucho más que todo eso la enfermera es detectora de muchos problemas, la, la enfermera tiene que planificar sus cuidados como enfermera la enfermera tiene que hacer de madre de padre de médico en su momento. Ehhh, para mí la carrera de enfermera es un compendio de múltiples carreras y realmente y yo te digo sinceramente ahora aunque salga o no salga ser enfermera para mí es mucho más difícil que ser médico hablo en este caso de de médico quirúrgico, médico quirúrgico es un médico técnico médico técnico que la tecnología la sabe muy bien pero la persona humana no solamente es el hígado, el páncreas, el estómago, la persona humana es todo el entorno familiar que le rodea el entorno social todo su pensamiento todo su psiquis es todo, todo un ser y esto realmente es lo que la enfermera tiene que llegar a entender y entender todo esto es muy difícil y más en un entorno que al paciente le resulta totalmente extraño, es su salud es su futuro es su pronóstico es una serie de cosas que realmente hay que tratar en todo momento... No es la tensión y la.... Quítame esto ahora, cuando se habla de la enfermera

servicio cuando detecten algún problema (Entrevista personal gestión 26 marzo 2002). Desde la gerencia del hospital lo que se hace es ‘control de información’ o ‘control de gestión’⁴⁵. Los servicios deben transmitir información que periódicamente se les requiere desde gestión, en concreto, desde gestión sanitaria⁴⁶. En el caso de que se plantee algún conflicto entre gestión – médico se plantea a gerencia para su solución. La decisión de la gerencia se adopta normalmente en consulta con un órgano que preside el gestor que recibe la denominación de Consejo y que se integra por los directores de las divisiones (médica, enfermería y administrativa) y por el propio responsable del control de gestión.

La institución articula una serie de mecanismos que juegan como presión para institucionalizar un cambio que se reconoce difícil y que se ha producido desde modificaciones externas de carácter normativo que responden a unas necesidades globalizadas. En este sentido, la institución ha adoptado una serie de instrumentos de presión que propicien el cambio pero no evita la producción de conflictos por las resistencias existentes. Sin embargo, como afirman DiMaggio y Powell (1983:148), los participantes adoptan miméticamente aquellas prácticas que entienden exitosas y, en este

como te digo pues de que si el pinchacito de que a mi me resulta muy pobre como concepto de enfermería. (Entrevista Enfermera supervisora, Octubre 2001)

⁴⁵ Desde el análisis económico, se han definido estos sistemas de información para la gestión como redes de información, formalizadas y estructuradas, de acuerdo con las necesidades y posibilidades de la organización, que descansan en un sistema desarrollado de tratamiento de datos, para dar a los gestores en tiempo y forma directamente utilizable la información necesaria para la dirección y gestión de la organización (M. Casas, 1990)

⁴⁶ La información que se requiere tiene que ver con los criterios de pago que establece el Servei Català de la Salut. En el caso de las urgencias, el procedimiento es sencillo porque el pago es caputivo, es decir, se paga por consultas hasta un número determinado (establecido en función de la capacidad que se le reconoce al hospital) y las consultas que superan las establecidas se pagan menos si bien puede interesar mantener un nivel alto de consultas porque muestran la capacidad del hospital. En el caso de los tratamientos u operaciones que se realizan en el resto de los servicios del hospital, se paga por alta y por diagnóstico. El pago en la actualidad se hace por diagnóstico a través de la implantación del sistema de grupos relacionados de diagnóstico que son un sistema de clasificación de los episodios de hospitalización en clase de iso-consumo de recursos (M. Casas, 1990:38) y que se han implantado en muchos países de la OCDE. Cada diagnóstico tiene un precio asignado al que se le añaden una serie de

sentido, se produce un cierto isomorfismo en las organizaciones y una adhesión a las formas y prácticas legitimadas. En este proceso se encuentra el servicio de urgencias en el que desarrollamos el trabajo de campo.

Creemos, sin embargo, que también se ha producido un proceso de desinstitucionalización en el sentido señalado por C. Oliver (1992) en relación sobre todo con el role profesional tradicional del médico y el abandono, por tanto, de determinadas prácticas basadas en ese modelo que de esta manera se han visto también deslegitimadas. Creemos que procesos como la feminización de la profesión, el asociacionismo, el elevado número de médicos jóvenes, la creación de redes de relación entre la medicina que se practica en el hospital y la asistencia primaria, más allá del nivel de relación estrictamente formal, marcan el actual perfil del profesional médico y su trabajo y propician el abandono de prácticas basadas en el modelo de profesional médico (autónomo y de perfil exclusivamente técnico) en la medida en que resultan obsoletas e inoperantes para dar respuesta a los problemas que plantean en la actualidad la atención a la salud y el mercado sanitario.

El seguimiento de los protocolos se interpreta como una ‘cultura’,

Los hospitales del Insalud han asumido como propia la cultura de la calidad que les había propuesto el Insalud. Se ha incrementado el número de protocolos y la implicación de los médicos en esta nueva filosofía. [...] Se ha asimilado una forma de trabajar con estándares, que es muy importante. Esta cultura de mejora de la calidad –hasta hace poco de uso exclusivo de las empresas ha entrado con fuerza en el escenario sanitario. Según el Insalud, ha llegado incluso a los servicios no sanitarios. “Los grandes hospitales han introducido esa cultura en servicios como gestión o cocina. Es la suma de cosas pequeñas que terminan constituyendo una mejora global”. *Diario Médico* 18/4/00

El protocolo parece constituirse así en un elemento de evaluación de la calidad,

marginales que tienen en cuenta la complejidad del tratamiento, la estructura del hospital y su complejidad.

Rafael Matesanz, director general de Atención Primaria Especializada, ha confesado a DM, sino hay ningún error en la evaluación practicada, y no hay razón para pensar lo contrario, los datos son muy positivos, sobre todo si se tiene en cuenta que el cumplimiento de los protocolos no es fácil. Afirma convencido que éste es el buen camino, “el de la autoevaluación responsable que permite encarar con todas las garantías la adopción de la gestión clínica”.

Sin embargo, estas prácticas protocolizadas que inscriben e interpretan la organización no pueden analizarse, o no constituye nuestro objeto, fuera de su práctica, es decir, en el contexto de las interacciones en el que se actúan. Un acto clínico en el protocolo describe una secuencia formalmente racional que, probablemente, cuando se actúa precisa ser negociada con el paciente y se organiza en función de las personas con las que se trabaja. Como apunta Cicourel (1990:221),

Because physicians learn to assess the value of medical information in the basis of its association with a trusted human source, information system designed to aid medical decision making must somehow incorporate evidence of their own credibility.

En efecto, la perspectiva etnográfica escogida busca, fundamentalmente, descripción de la experiencia compleja de los sujetos que producen las interacciones y las estrategias que adoptan de manera más o menos espontánea o normada para avanzar en todas las decisiones de vida cotidiana que se plantean en el concreto contexto institucional y profesional.

De lo expuesto en este capítulo queremos extraer algunas conclusiones:

1. El nuevo modelo sanitario asume como uno de sus objetivos o estrategias de cambio la remodelación de la estructura de la profesión médica.
2. Los procesos de feminización de la profesión, el asociacionismo, el elevado número de médicos jóvenes, la creación de redes de relación entre la atención

hospitalaria y la asistencia primaria marcan el perfil del profesional médico y su trabajo.

3. Esta remodelación afecta a dos ámbitos esenciales de su diseño profesional: la organización de los servicios sanitarios y la formación del profesional.
4. El nuevo modelo sanitario afecta a otro aspecto normativo: la regulación de la práctica médica a través de los protocolos.

5. La observación de las prácticas médicas nos lleva a concluir que los protocolos, más allá de definiciones formales, inscriben e interpretan la organización y, en este sentido, no pueden analizarse fuera de este contexto, es decir, fuera de la organización de las interacciones como prácticas institucionalizadas.