
LA POLITICA DE LAS ORGANIZACIONES DE INTERESES MEDICOS

Josep A. Rodríguez

RESUMEN. En este artículo se analizan el papel e interacción de las organizaciones de intereses médicos y sanitarios en la arena política durante el período de construcción y consolidación del sistema democrático español (1977-1990). Analiza también los mecanismos y estrategias utilizados para participar en el proceso de elaboración y aplicación de políticas sanitarias y se presta una especial atención a las diferencias en estrategias de acción política y en éxito entre los diferentes tipos de gobiernos del período estudiado. El trabajo está centrado en estudiar en qué procesos políticos participan las organizaciones de intereses, cómo participan, y qué resultados obtienen en dicha participación. En términos teóricos, el artículo se enmarca en los análisis de los sistemas de intermediación política y en la conceptualización del proceso político como resultado de una compleja interacción entre organizaciones, y redes de organizaciones, de intereses sectoriales y organizaciones de intereses colectivos.

A pesar de la existencia de varios trabajos teóricos y empíricos (Linz, 1981; Pérez Díaz, 1987; Giner y Pérez Yruela, 1979, 1988; Roca, 1987; Martínez, 1984; Fishman, 1990; Solé, 1984; Moyano, 1984; Fisas, 1979), el tema de la articulación de intereses sectoriales y su participación en el proceso político es relativamente novedoso en España. No existen estudios detallados, al menos de las décadas más recientes, porque la articulación de los intereses de la llamada «sociedad civil» es un fenómeno relativamente nuevo en la vida política española (Linz, 1981; Maravall, 1982). Es un fenómeno asociado a la transición política y la consolidación del sistema democrático (Aguilar, 1983; Martínez, 1984; Fishman, 1990; Pérez Díaz,

Reis

1987; Martínez Alier, 1977; Maravall, 1982). El nuevo sistema democrático no únicamente abre las oportunidades, sino también la necesidad de creación de instrumentos de articulación de intereses sectoriales. Y más cuando, como en el caso español, la juventud de los partidos políticos los hace poco permeables a los intereses sectoriales (Gunther, 1988). Como resultado, el sistema formal de partidos no está siendo muy eficaz representando los intereses de partes de la sociedad. Como parte misma de la construcción del sistema democrático se inicia entonces un proceso de construcción de organizaciones como articuladoras de intereses sectoriales y como vehículos de representación de esos intereses en el proceso político. En el campo sanitario, la década de los ochenta se caracteriza políticamente, aparte de por la reforma sanitaria socialista, por el intenso proceso de creación de organizaciones de intermediación y la construcción de mecanismos de representación en el proceso político. La década de los noventa se caracterizará por la consolidación de los grupos creados y por la consolidación de mecanismos estables de representación en el proceso político sanitario.

ORGANIZACIONES MEDICAS Y PROCESO POLITICO

La mayoría de las organizaciones médicas y sus dirigentes han participado de alguna forma en el proceso político que ha dado forma a la reforma sanitaria socialista y a su aplicación. El proyecto político que más ha atraído la atención de los grupos de interés sanitarios y profesionales ha sido la Ley General de Sanidad (tabla 1). La mayoría de las organizaciones y sus dirigentes han participado directamente en el proceso político de elaboración de la ley que diseña el futuro modelo de organización sanitaria y su funcionamiento. Le siguen en importancia los proyectos políticos de aplicación de la reforma sanitaria socialista diseñada en la Ley General de Sanidad (la reforma de la asistencia primaria y la reforma de la asistencia hospitalaria) y las reformas legales que adecuan las características de las fuerzas de trabajo profesional a las nuevas condiciones de la organización sanitaria (Estatuto Marco, Ley de Incompatibilidades). La participación de los grupos de interés se ha centrado básicamente en los procesos que dan forma al nuevo modelo de organización y funcionamiento sanitario y al nuevo papel de la profesión médica. Otros proyectos políticos sanitarios no centrados en la reorganización del mercado sanitario reciben muy poca atención (Ley del Medicamento, Ley de Colegios Profesionales, Ley del Aborto, Ley de Defensa de los Consumidores).

La FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) destaca por su alta participación en casi todos los proyectos políticos. Es la organización que más activamente participa en todo el proceso político de reforma sanitaria. Recordemos que la FADSP es la

TABLA 1

Participación en el proceso de legislación
(En porcentajes y coeficientes de correlación)

	Total	OMC/ CPOM	CESM	FADSP	Otras asociaciones profesionales	Sindicatos	Adminis- tración	Partidos políticos	OCSP
<i>Ley General de Sanidad</i>									
A	71	67	80	92	45	100	71	86	45
B	40	36	13	62	50	29	43	80	25
r	—	—	—	—	-0,18*	0,18*	—	—	—
<i>Ley del Medicamento</i>									
A	36	41	20	69	36	33	24	43	18
B	1	—	—	—	13	—	—	—	—
r	—	—	—	0,25**	—	—	—	—	—
<i>Ley de Colegios Profesionales</i>									
A	34	47	13	77	36	22	35	57	—
B	5	14	—	8	13	—	—	—	—
r	—	—	—	0,32***	—	—	-0,19*	—	-0,23**
<i>Ley de Incompatibilidades</i>									
A	42	32	73	77	18	67	18	71	9
B	1	—	7	—	—	—	—	—	—
r	—	-0,19*	0,24**	0,25**	—	—	0,20*	—	-0,21*
N	117	34	15	13	11	9	17	7	11

A=Porcentaje de participación en el proceso de elaboración de las leyes.

B=Proceso al que ha dedicado más esfuerzos.

r=Coeficientes de correlación de Pearson entre organizaciones y participación en el proceso de elaboración de las leyes.

Coeficientes de correlación de Pearson: *p.<0,05; **p.<0,001; ***p.<0,0001

TABLA 1 (Continuación)

	Total	OMC/ CPOM	CESM	FADSP	Otras asociaciones profesionales	Sindicatos	Adminis- tración	Partidos políticos	OCSF
<i>Reforma asistencia primaria</i>									
A	55	38	80	100	55	67	53	43	27
B	20	32	20	23	13	—	29	—	—
r	—	-0,21*	0,19*	0,32***	—	—	—	—	-0,18*
<i>Reforma hospitalaria</i>									
A	55	32	73	92	45	67	53	43	64
B	19	5	—	8	13	43	29	20	75
r	—	-0,29*	—	0,27**	—	—	—	—	—
<i>Reforma sistema retributivo</i>									
A	38	6	93	85	27	89	24	14	9
B	7	—	33	—	—	14	—	—	—
r	-0,43***	—	0,43***	0,34***	—	0,30***	—	—	-0,19*
<i>Ley de Estatuto marco</i>									
A	44	29	87	85	36	89	12	29	9
B	7	5	27	—	—	14	—	—	—
r	—	-0,18*	0,33***	0,29***	—	0,26**	-0,26**	—	—
<i>Ley de Defensa de los Consumidores</i>									
A	9	3	—	31	9	—	12	29	—
B	—	—	—	—	—	—	—	—	—
r	—	—	—	0,28**	—	—	—	—	—
N	117	34	15	13	11	9	17	7	11

A=Porcentaje de participación en el proceso de elaboración de las leyes.

B=Proceso al que ha dedicado más esfuerzos.

r=Coefficientes de correlación de Pearson entre organizaciones y participación en el proceso de elaboración de las leyes.

Coefficientes de correlación de Pearson: *p.<0,05; **p.<0,001; ***p.<0,0001

NOTAS: OMC/COMP: Organización Médica Colegial/Colegios Oficiales Provinciales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OCSF: Asociaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRIGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

organización más cercana al proyecto socialista. Su contrincante político, la OMC (Organización Médica Colegial), destaca por su muy baja participación en el proceso político. A excepción de la Ley General de Sanidad (y en menor medida la Ley de Colegios Profesionales), la organización oficial de la profesión médica apenas participa tanto en la implementación de la reforma como en la transformación del papel de la profesión médica en el sistema sanitario. El distanciamiento (a menudo oposición) al proyecto sanitario socialista y su confrontación con el Gobierno acerca de su papel político la marginan considerablemente del proceso político.

La participación política de los sindicatos (profesional y de clase) es muy alta y sigue pautas muy similares. Aparte de la participación en la Ley General de Sanidad, los sindicatos prestan atención en especial a los temas relacionados con las condiciones de trabajo de la profesión (retribuciones, Estatuto Marco, Ley de Incompatibilidades) y la forma de ejercer la medicina (reforma de la asistencia primaria y reforma hospitalaria). La participación de los partidos políticos se circunscribe a los procesos legislativos parlamentarios (Ley General de Sanidad, Ley de Incompatibilidades, Ley de Aborto) y la Administración centra su atención en la reorganización del sistema sanitario (Ley General de Sanidad, reforma de la asistencia primaria y reforma hospitalaria). Las asociaciones de clínicas y centros privados participan casi únicamente en la reforma hospitalaria, el tema que más les concierne. Las otras asociaciones profesionales mantienen un nivel de participación política bajo y centrado casi únicamente en la reorganización del sistema.

La reforma de la organización y funcionamiento de la sanidad concentra los esfuerzos políticos (el 80 por 100) de los grupos de interés y sus ejecutivos. La Ley General de Sanidad (LGS), que es singularmente la pieza legislativa más general e importante, es la que concentra de forma individual una mayor parte de los esfuerzos políticos. La organización política de la izquierda profesional (FADSP) centra sus esfuerzos en la Ley General de Sanidad y en menor medida en la reforma de la asistencia primaria. Para la FADSP, los cambios en la asistencia primaria son importantes para asegurar la adecuada atención sanitaria básica a la población, en especial a los grupos más desfavorecidos socioeconómicamente, que son los que más la utilizan. La OMC divide sus esfuerzos entre la Ley General de Sanidad (proceso en el cual tiene problemas políticos para participar) y la reforma de la asistencia primaria. Sus intereses son bien distintos a los de la FADSP. La reforma y racionalización de la asistencia primaria amenaza el dominio profesional en el área sanitaria pública, un área que tradicionalmente ha controlado. La racionalización de la asistencia primaria supone el final de la práctica individual y la tendencia progresiva a un ejercicio organizado y burocratizado. Dado el ligamen entre el funcionamiento de la asistencia primaria y la práctica liberal privada, cualquier cambio en la asistencia primaria pública puede también suponer cambios en el mercado liberal de la profesión.

Los dos tipos de sindicatos (profesionales y de clase) concentran sus esfuerzos políticos en las mismas temáticas (problemáticas laboral y de ejercicio profesional), aunque con diferentes prioridades. La CESM (Confederación Española de Sindicatos Médicos) da prioridad a la reforma del sistema retributivo y a la reforma del Estatuto Marco, que son las dos acciones políticas con mayores efectos sobre el estatus profesional. De hecho, junto a la reforma de la asistencia primaria y los cambios que suponen en el mercado liberal, los cambios en el estatus y carácter profesional son los que más preocupan a sus representados. Los sindicatos tradicionales (CC.OO. y UGT) dedican un mayor esfuerzo político a la reforma hospitalaria, que es la que más afecta a su base de representación médica, la cual procede básicamente de los sectores más marginales del sistema hospitalario.

Como es lógico, la Administración concentra sus fuerzas en la reforma sanitaria global (diseño e implantación). Los partidos políticos (de forma congruente con su papel político más genérico) se dedican en exclusiva a la ley marco de la reforma (LGS), y las asociaciones de centros y clínicas privadas se dedican exclusivamente al tema que más les afecta: la reforma hospitalaria. La reforma hospitalaria comporta decisiones acerca de las relaciones entre la estructura pública y la privada. El sector privado (un tercio de las camas totales) depende totalmente para su supervivencia de la prestación de servicios públicos que les cede el INSALUD (ICS en Catalunya) ante la incapacidad del sector público de hacer frente a toda su demanda (Rodríguez, 1987).

Los grupos de interés sanitarios profesionales centran sus esfuerzos en los procesos políticos que más afectan sus intereses (y los de sus representados —*constituencies*—) y que más relacionados están con sus proyectos políticos y/o con su papel político. En términos globales es necesario notar la menor participación política de la OMC frente a las organizaciones de tipo sindical y las organizaciones profesionales de izquierdas (la FADSP). En la racionalidad política socialista parecen tener cabida los planteamientos de tipo sindical y los planteamientos políticos cercanos a los suyos propios, pero no los planteamientos políticos globales alternativos (los representados por la OMC). La mayoría absoluta de los Gobiernos socialistas les permite diseñar un juego político en el que sólo participan o bien las organizaciones con objetivos similares (FADSP) o aquellas organizaciones que no cuestionan su proyecto político global (el caso de los sindicatos tradicionales durante los primeros Gobiernos socialistas).

Niveles de influencia política

El sistema político español de las últimas décadas se caracteriza (aparte de por su juventud y el estar en proceso de consolidación) por el claro dominio de la acción ejecutiva frente a la acción parlamentaria. Las claras

mayorías electorales de los partidos gobernantes (tanto a nivel central como autonómico) están convirtiendo a los Parlamentos en instituciones con poca capacidad política en las cuales las mayorías de los partidos gobernantes aseguran casi siempre la aprobación de los proyectos ejecutivos (Capo, 1990). A pesar de que los Parlamentos siguen articulando el debate político, su relativa incapacidad para vetar los proyectos ejecutivos (la no existencia de muchos *veto points*) no les convierte (a diferencia de otros países) en el mecanismo más adecuado para la representación de intereses sectoriales, su negociación, o incluso para la resolución de conflictos sociales. Como fruto de esa dinámica política, la representación de los intereses profesionales y sanitarios se hace casi totalmente ante los Gobiernos y las Administraciones Públicas. La utilización del sistema parlamentario por parte de los grupos de interés es pequeña (tabla 2). Dada la fortaleza de los Gobiernos y la debilidad de las fuerzas políticas de la oposición, la capacidad política de los grupos de interés queda seriamente limitada (especialmente si se oponen a los proyectos gubernamentales).

La tabla 2 pone, además, de manifiesto algunas diferencias entre la acción política a nivel estatal y a nivel autonómico. A nivel estatal, la acción de los grupos de interés se dirige más hacia altos cargos de la Administración que hacia el mismo Gobierno. A nivel autonómico, la acción de los grupos de interés es justo la contraria. Domina la acción directa sobre el Gobierno. En términos globales, parece que los Gobiernos autonómicos son más accesibles a los intereses sectoriales que el Gobierno central. El carácter neoliberal de los Gobiernos catalanes y vascos explica la mayor proximidad (ideológica y política) entre los Ejecutivos y la sociedad civil.

A nivel estatal, el aparato central de la OMC, la FADSP y los sindicatos tradicionales (CC.OO. y UGT) dirigen la mayoría de sus esfuerzos políticos a los miembros del Gobierno. Los Colegios Provinciales de Médicos, la CESM, las pequeñas asociaciones profesionales y las clínicas privadas centran su actividad en los altos cargos ministeriales. La globalidad de los planteamientos y discursos de los grupos de interés parece dividir su nivel de acción. Las organizaciones de intereses con discursos más políticos o globales negocian directamente con el Gobierno, mientras que las organizaciones de intereses con discursos y planteamientos más sectoriales se dirigen a los altos cargos de los ministerios encargados de las medidas que les afectan. Los partidos políticos y las asociaciones de clínicas privadas son los únicos que utilizan de forma preferente el sistema parlamentario para negociar sus intereses. En menor medida, y siempre de forma secundaria, también la OMC y los sindicatos tradicionales utilizan los canales parlamentarios. A nivel autonómico, son las organizaciones más sectoriales y de menor alcance (Colegios Provinciales, las asociaciones profesionales más pequeñas y las asociaciones de clínicas privadas) las que tienen un mayor acceso directo al Gobierno. La CESM y la FADSP actúan prefe-

TABLA 2

Nivel de presión política de las organizaciones
(En porcentajes)

	<i>Total</i>	<i>OMC</i>	<i>CPOM</i>	<i>CESM</i>	<i>FADSP</i>	<i>OAP</i>	<i>Sindicatos</i>	<i>AC</i>	<i>AR-L</i>	<i>Partidos políticos</i>	<i>OCSP</i>
<i>Al nivel estatal</i>											
Gobierno	37	63	13	27	54	38	57	80	33	20	14
Altos cargos de la Administración	42	13	53	67	38	50	14	20	50	20	43
Grupos parlamentarios ...	16	25	20	—	8	13	29	—	—	60	29
Diputados individuales	6	—	13	7	—	—	—	—	17	—	14
N (89)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>Al nivel autonómico</i>											
Gobierno	49	40	53	25	30	71	2	67	75	50	67
Altos cargos de la Administración	36	40	33	67	50	29	25	33	25	—	22
Grupos parlamentarios ...	10	—	7	8	10	—	50	—	—	50	11
Diputados individuales	4	20	7	—	10	—	—	—	—	—	—
N (77)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

rentemente a nivel de altos cargos, mientras que las centrales sindicales tradicionales y los partidos políticos utilizan el sistema parlamentario.

La utilización de un nivel político u otro depende básicamente de tres elementos: 1) la proximidad política entre los planteamientos de los grupos de interés y el Gobierno; 2) el dominio de aspectos políticos o de aspectos técnicos en la racionalidad de la organización de intereses; 3) el ámbito de actuación de la organización de intereses. La OMC (central) tiene unos planteamientos de tipo genérico y político y su ámbito de actuación es nacional. Por eso se relaciona con el Gobierno central y, en cambio, deja las negociaciones con los Gobiernos autonómicos a los Colegios Provinciales. El acceso de los Colegios Provinciales al Gobierno central es a través de la OMC, y cuando se discuten aspectos más técnicos su relación es directamente con los altos cargos. La CESM se caracteriza por los planteamientos de tipo laboral técnico y por ello su acceso político queda limitado a la Administración. La FADSP accede al Gobierno central por su proximidad política con el PSOE, pero tiene que limitar su actuación autonómica a niveles más técnicos por su distancia con respecto a los partidos nacionalistas conservadores en el poder. Tanto las pequeñas asociaciones profesionales como las clínicas privadas tienen más acceso al Gobierno autonómico por su proximidad ideológica y política. El caso de las centrales sindicales tradicionales es exactamente el mismo. Cercanas a los planteamientos del PSOE, colaboran directamente con el Gobierno. Lejanas de los Gobiernos nacionalistas, se ven limitadas a utilizar los partidos de oposición para canalizar sus planteamientos.

El acceso a una esfera política u otra es fruto también del tipo de legitimidad que el Gobierno otorga a cada una de las organizaciones. Los Gobiernos centrales del PSOE conceden legitimidad política (con acceso directo al Gobierno) a la OMC y a la izquierda profesional próxima a su proyecto político (FADSP y sindicatos tradicionales). En cambio, limitan la legitimidad de CESM, pequeñas asociaciones profesionales y Colegios Provinciales a términos técnicos. Los Gobiernos autonómicos (especialmente el catalán) conceden legitimidad política a los Colegios Provinciales, a las pequeñas asociaciones profesionales locales y al sector privado (próximos a sus planteamientos políticos), y en cambio limitan la legitimidad a niveles técnicos a la CESM, la FADSP y la OMC. La utilización de los canales parlamentarios (básicamente los partidos de la oposición) aumenta cuando el acceso al nivel ejecutivo está limitado: tal es el caso de los Colegios Provinciales y el sector privado al nivel nacional, y los sindicatos tradicionales y la FADSP al nivel autonómico. Es básicamente un mecanismo de reemplazo.

La juventud del sistema democrático español, y en especial del sistema parlamentario, sin duda tiene importantes efectos en la articulación de intereses. La relativa inexperiencia parlamentaria española resta importancia corporativa al Parlamento como mecanismo de representación y resolución de conflictos. El afianzamiento de la cultura parlamentaria aumentará en los próximos años su capacidad de representación e intermediación.

Acceso al Parlamento

A pesar de su juventud (al inicio de su cuarta legislatura democrática), el sistema parlamentario español se está convirtiendo poco a poco en un instrumento importante de representación y canalización, tanto de los intereses colectivos como de intereses parciales. Una vez finalizada su primera etapa de creación de normas legales generales y básicas y de consolidación del sistema democrático (período en el cual se consideraban exclusivamente intereses de tipo global y comunitario), la vida parlamentaria ha empezado a abrirse a la complejidad de la dinámica social española. Como consecuencia, aumenta la invitación a los expertos y a los intereses sectoriales como proveedores de información en el proceso de diseño de las medidas legales.

En la esfera de la política sanitaria, casi la mitad de los líderes (dirigentes) y sus organizaciones han sido invitados al Parlamento para presentar sus puntos de vista. Las organizaciones de intereses situadas en la izquierda política (FADSP, sindicatos tradicionales) y más cercanas al partido mayoritario son las que han colaborado más con el sistema parlamentario. El nivel de colaboración de los sectores más conservadores (OMC/CESM) es considerablemente inferior (tabla 3). La izquierda parlamentaria invita a los representantes de las organizaciones e instituciones situadas en la izquierda política: FADSP, sindicatos tradicionales y altos ejecutivos de la Administración central. La derecha y centro parlamentario invita a los representantes de organizaciones más conservadoras (OMC-CP, CESM, clínicas privadas, Administración autonómica).

El PSOE juega un claro papel dominante y canaliza un tercio de las invitaciones parlamentarias. CiU (partido gobernante en Catalunya) mantiene también un alto nivel de iniciativa parlamentaria, invitando a los grupos de interés con áreas de influencia más autonómicas y con planteamientos cercanos a los propios: Colegios Provinciales y asociaciones de clínicas y centros privados. Mientras que la OMC accede al Parlamento invitada a partes iguales por el PSOE y por la derecha, la CESM sólo accede vía el partido de derechas a nivel nacional (Partido Popular). La OMC es la única organización de intereses que es invitada tanto por los partidos gobernantes como por los partidos de la oposición. Su papel como corporación pública le permite sobrepasar las divisiones partidistas tanto en sus relaciones con el Gobierno como con el Parlamento. Su carácter institucional público la diferencia de los otros grupos de interés al conferirle un papel político teóricamente más «neutro». Mientras que las demás organizaciones (con un tipo de representación no oficial y no universal) acceden al Parlamento (y al Gobierno) exclusivamente vía sus relaciones y proximidad con los partidos políticos, la OMC tiene acceso como representación oficial y pública de todo el colectivo profesional.

TABLA 3

Participación de las organizaciones en las Comisiones de Trabajo del Parlamento
(En porcentajes)

	<i>Total</i>	<i>OMC</i>	<i>CPOM</i>	<i>CESM</i>	<i>FADSP</i>	<i>OAP</i>	<i>Sindicatos</i>	<i>AC</i>	<i>AR-L</i>	<i>Partidos políticos</i>	<i>OCSP</i>
<i>Invitación a las Comisiones de Trabajo del Parlamento</i>											
Sí	47,1	40,0	25,0	46,7	61,5	37,5	61,5	25,0	75,0	80,0	40,0
N (102)											
<i>Grupo político que invita</i>											
PSOE	34,1	50,0	—	—	57,1	50,0	50,0	100,0	40,0	50,0	—
IU/IC	15,9	—	—	—	42,9	—	50,0	—	—	25,0	—
PP	22,7	25,0	25,0	100,0	—	—	—	—	—	—	25,0
CiU	25,0	25,0	75,0	—	—	50,0	—	—	40,0	25,0	75,0
Grupo Mixto	2,3	—	—	—	—	—	—	—	20,0	—	—
N (44)											

NOTAS: *Siglas verticales*: PSOE: Partido Socialista Obrero Español; IU/IC: Izquierda Unida/Iniciativa por Cataluña; PP: Partido Popular; CiU: Convergencia i Unió; Grupo Mixto: Grupo parlamentario formado por formaciones políticas minoritarias.

Siglas horizontales: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

Organizaciones y acción política

La participación de las organizaciones de intereses sanitarios y profesionales en el proceso político de diseño e implantación de la reforma sanitaria socialista se traduce en un sistema de alianzas y contrincantes políticos. Alianzas políticas que normalmente dan lugar a coaliciones o a actividades conjuntas para aumentar su fuerza política e incrementar las posibilidades de consecución de sus objetivos. La política sanitaria española, especialmente el proceso de reforma sanitaria, está dominada por una bipolarización de las organizaciones de intereses (tablas 4 y 5). Uno de los polos es el formado por la OMC, los Colegios Provinciales y la CESM. El nivel de apoyo mutuo es muy alto y coinciden en estar en contra de la izquierda profesional (FADSP, CC.OO. y UGT) y contra la Administración. En términos globales se oponen al proyecto de reforma sanitaria socialista. En esa oposición política cuentan con el fuerte apoyo de la industria farmacéutica. El otro polo es el formado por la izquierda profesional (FADSP, sindicatos tradicionales), que apoya el proyecto de reforma socialista y la socialización de la sanidad. En ese proceso se enfrentan de forma contundente con las organizaciones más conservadoras (OMC/CESM). Los sectores sanitarios privados (compañías de seguros, farmacia) atacan fuertemente los planteamientos socializantes de este grupo.

En esta dinámica política de apoyos y ataques podemos observar que para los sectores conservadores la Administración es el contrincante político a atacar. El nivel de ataque contra la Administración es mucho más alto que los ataques que reciben de la Administración. En cambio, el ataque mutuo entre el grupo conservador y el grupo socializante parece de la misma intensidad. Los sectores más conservadores (apoyados por los intereses sanitarios privados) se enfrentan a dos contrincantes diferenciados en dos aspectos también diferenciados: la izquierda profesional y sanitaria (que apoya la reforma socializante) y la Administración (que la está llevando a cabo). El antagonismo contra los sectores profesionales de izquierda es más alto que el antagonismo contra la Administración. La izquierda profesional no únicamente apoya un proyecto opuesto, sino que además cuestiona la representación de las organizaciones más conservadoras. A la lucha alrededor de proyectos políticos deberemos añadir la lucha por monopolizar la representación profesional. Lucha entre OMC y FADSP por la representación política del colectivo, y entre CESM y los sindicatos tradicionales por la representación sindical. En el proceso de reforma sanitaria, la lucha entre las organizaciones por monopolizar la representación de la profesión parece más intensa que la lucha alrededor del proyecto político en sí.

Los sectores sanitarios privados (compañías de seguros/industria farmacéutica) que se oponen a los aspectos socializantes de la reforma dirigen su ataque político a la FADSP como organización defensora de los plantea-

TABLA 4
 Reciben apoyo en su actividad política
 Matriz de correlaciones de Pearson

	OMC/CP	OMC	CPOM	CESM	FADSP	Sindicatos	OAP	AC	AR-L
<i>Reciben apoyo/ataques por parte de:</i>									
Administración central								0,49***	0,22*
Administración autonómica ..								0,26**	
Administración local						0,33**			
Organizac. profesionales	0,35***		0,24*	0,37***	-0,52***	-0,30			-0,26*
Sindicatos profesionales	0,39***	0,28**	0,23*	0,40**	-0,45***	-0,32			-0,29**
Sindicatos	-0,40***	-0,26**	-0,28**	-0,34**	0,45***	0,38***			
Partidos políticos		-0,30*						-0,31*	
Medios de comunicación				-0,26*					
Compañías de seguros				-0,28*					
Industria farmacéutica	0,57***	0,47***	-0,29*						

Coefficientes de correlación de Pearson: *p.<0,05; **p.<0,001; ***p.<0,0001

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

TABLA 5

Existencia de coaliciones entre organizaciones
(En porcentajes)

<i>Coalición con</i>	<i>Total</i>	<i>OMC</i>	<i>CPOM</i>	<i>CESM</i>	<i>FADSP</i>	<i>OAP</i>	<i>Sindicatos</i>	<i>AC</i>	<i>AR-L</i>	<i>Partidos políticos</i>	<i>OCSP</i>
OMC.....	41	58	82	87	—	27	22	14	10	—	27
CPOM.....	39	67	55	87	—	27	—	14	30	14	45
FADSP.....	29	25	9	13	62	27	89	14	20	57	9
CESM.....	39	58	50	93	23	27	44	—	30	—	9
UGT.....	32	8	9	27	92	18	78	14	40	43	9
CC.OO.....	32	17	9	13	100	18	78	14	50	43	9
OCSP.....	15	8	18	27	—	9	11	—	20	14	27
FAMH.....	11	42	5	20	—	18	—	—	10	—	9
CMH.....	27	50	27	20	31	27	44	—	40	—	18
FEMT.....	20	50	23	53	—	18	11	—	—	14	—
FESIME.....	14	25	14	33	8	18	11	—	—	—	9
SATS.....	24	42	14	80	—	27	22	—	20	14	9
N.....	117	12	22	15	13	11	9	7	10	7	11

NOTAS: *Siglas verticales*: FAMH: Federación de Asociaciones de Médicos Hospitalarios; CMH: Coordinadora de Médicos Hospitalarios; FEMT: Federación Española de Médicos Titulares; FESIME: Federación Española de Sindicatos Médicos; SATS: Sindicato de ATS. *Siglas horizontales*: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

mientos más radicales. Su oposición a la Administración no se traduce de forma significativa en un alto nivel de ataque o beligerancia. Su oposición a la reforma se traduce en el ataque a los planteamientos de la FADSP, mientras que para conseguir sus objetivos, contrarios al espíritu de la reforma socialista, les resulta más conveniente evitar la confrontación con la Administración y en su lugar potencian la negociación.

Los sectores sanitarios conservadores adoptan dos estrategias diferentes ante la reforma política: las organizaciones profesionales antagonizan con la Administración, mientras que la industria opta por la negociación con la Administración. Los resultados de las dos estrategias son claros: las organizaciones profesionales no pueden evitar la aprobación e implantación de algunos de los aspectos que consideran más lesivos para los intereses de la profesión, mientras que la industria privada paraliza el proyecto de socialización y, lo que es más, es capaz de apartar a la Administración de los proyectos socializantes y acercarla a posiciones más privatizantes.

Coaliciones

Como ponen de manifiesto las tablas 5 y 6, el nivel de coalición o actividad conjunta entre las organizaciones de intereses es alto. Existen dos grandes coaliciones políticas: una alrededor de la OMC, y de índole más profesional conservador, y la otra formada por FADSP y los sindicatos tradicionales (CC.OO. y UGT), con planteamientos radicales de izquierda y con posiciones antigremialistas.

La OMC es el centro de la coalición formada por ella misma con los Colegios Provinciales y la CESM. La estructura de poder de la coalición es claramente jerárquica y se podría visualizar como círculos concéntricos. El centro está ocupado por la OMC, que depende menos de las otras organizaciones y de la cual dependen fuertemente las otras organizaciones. El segundo círculo es el formado por los Colegios Provinciales y el tercero por la CESM. La CESM es la que más necesita las coaliciones conjuntas para la defensa de sus planteamientos. El cuarto círculo es el formado por las asociaciones profesionales más sectoriales, que mantienen altos ligámenes con la OMC y también con la CESM. Las asociaciones de médicos hospitalarios están fuertemente relacionadas con la OMC y las organizaciones sindicales con la CESM. En esta coalición, la OMC ocupa la posición central y dirige el diseño de la actividad de representación de la profesión (tanto la política como la sindical). La CESM, políticamente dependiente, es la protagonista de la representación sindical.

El liderazgo de la OMC provoca a menudo tensiones en la coalición. Las más importantes son con la CESM acerca del dominio en los planteamientos sindicales. Mientras que la CESM aspira a asumir el monopolio en la definición de las reivindicaciones sindicales, la OMC se opone a perder

TABLA 6

Coaliciones entre organizaciones
Matriz de correlaciones de Pearson

<i>Coalición con</i>	OMC/CPOM	OMC	CPOM	CESM	FADSP	Sindicatos OAP	AC	AR-L	<i>Partidos políticos</i>	OCSP
OMC	0,42***		0,40***	0,36***	-0,29***			-0,19*	-0,21*	
CPOM	0,26**	0,19*		0,37***	-0,28***	-0,23*				
CESM	0,18*			0,42***			-0,20*		-0,20*	-0,20*
FADSP	-0,28**		-0,21**		0,25**	0,38***				
UGT	-0,31***		-0,23**		0,46***	0,29***				
CC.OO.	-0,28**		-0,24**		0,51***	0,28**				
FAMH		0,33***								
FEMT		0,26**	0,20*	0,32***			-0,20*			
FESIME				0,22**						
SATS				0,49***	-0,20*					

Coefficientes de correlación de Pearson: *p.<0,05; **p.<0,001; ***p.<0,0001

NOTAS: *Siglas verticales*: FAMH: Federación de Asociaciones de Médicos Hospitalarios; CMH: Coordinadora de Médicos Hospitalarios; FEMT: Federación Española de Médicos Titulares; FESIME: Federación Española de Sindicatos Médicos; SATS: Sindicato de ATS. *Siglas horizontales*: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

esa esfera de influencia. La dependencia política de la CESM con respecto a la OMC ofrece a esta última un poder considerable sobre las acciones y planteamientos de la CESM. Ello ha dado lugar a serios enfrentamientos entre las dos organizaciones, como fue el caso del conflicto hospitalario de 1987. La OMC ocupa la posición central y dominante de esta coalición y domina tanto en el diseño de la lucha política como en las directrices sindicales. La CESM asume, sin embargo, el protagonismo sindical.

La segunda coalición está formada por las centrales sindicales tradicionales y la FADSP. A pesar de que la dependencia mutua es equivalente, las centrales sindicales parecen jugar un mayor protagonismo. La FADSP depende algo más de los sindicatos. En términos comparativos, es una coalición más compacta (tanto políticamente como en acción) que la formada alrededor de la OMC. Ello se debe en parte a la mayor cohesión ideológica y a la no existencia de grandes diferencias en los niveles de dependencia. La no existencia de un claro liderazgo y el reparto de funciones (FADSP, la política, y los sindicatos, la sindical-laboral) evita conflictos internos en la coalición.

Acciones en coalición

Las actividades más importantes realizadas en coalición son: negociación conjunta, comunicados, presión política conjunta y huelgas (tablas 7 y 8). La coalición conservadora (OMC/CPOM/CESM/OCSP) se distingue por el alto nivel de actividades negociadoras conjuntas. La coalición de izquierdas (FADSP/CC.OO.-UGT) opta, por el contrario, por utilizar los comunicados públicos para presentar sus posiciones conjuntas. Para los sindicatos (CESM y CC.OO.-UGT), sus coaliciones respectivas tienen como fruto las huelgas. Las coaliciones entre la FADSP y los partidos políticos dan lugar a acciones de presión política conjunta.

En términos globales, la coalición de las organizaciones conservadoras es esencial para incrementar su fuerza en los procesos de negociación con la Administración. Las organizaciones de izquierda actúan en coalición preferentemente para transmitir sus posiciones políticas y para incrementar su capacidad de presión sobre el sistema político. Las diferencias entre las dos coaliciones son lógicas si tenemos en consideración sus esferas de actuación. La coalición de derechas actuaba preferentemente en el ámbito de la Administración del Estado, en el proceso de implementación de medidas legales y administrativas. Su posición negociadora es entonces coherente con la racionalidad que domina la interacción entre Administración y los grupos de interés. En cambio, la coalición de izquierdas tiene una mayor actuación en la esfera política gubernamental, donde es necesaria la presión política para conseguir sus objetivos. La diferencia en el tipo de actividades de las coaliciones depende en último extremo de los

TABLA 7

*Acciones desarrolladas en coalición
(En porcentajes)*

<i>Tipos de acciones realizadas</i>	<i>Total</i>	<i>OMC</i>	<i>CPOM</i>	<i>CESM</i>	<i>FADSP</i>	<i>OAP</i>	<i>Sindicatos</i>	<i>AC</i>	<i>AR-L</i>	<i>Partidos políticos</i>	<i>OCSP</i>
Huelgas	34	33	45	87	8	27	56	—	10	29	9
Manifestaciones	28	33	32	60	23	18	56	—	—	43	—
Declaraciones públicas	46	42	41	80	92	36	89	—	—	57	—
Actividad neg. conjunta	57	58	59	93	46	45	67	29	50	57	45
Presión pol. conjunta ...	41	33	23	60	76	45	44	14	—	71	45
Nada	5	17	—	—	—	9	—	14	10	—	9
N	117	12	22	15	13	11	9	7	10	7	11

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

TABLA 8
Acciones de coalición
 Matriz de correlaciones de Pearson
 (Entre acciones y organizaciones)

<i>Acciones realizadas en coalición</i>	<i>OMC/CP</i>	<i>OMC</i>	<i>CPOM</i>	<i>CESM</i>	<i>FADSP</i>	<i>OAP</i>	<i>Sindicatos</i>	<i>AC</i>	<i>AR-L</i>	<i>Partidos políticos</i>	<i>OCSP</i>
Huelgas				0,42***	-0,20*			-0,18*			
Manifestaciones				0,27**					-0,19*		-0,20*
Declaraciones públicas .				0,26**	0,33***		0,25**	-0,23*	-0,28**		-0,30**
Actividad neg. conjunta				0,28**							
Presión pol. conjunta	-0,19*				0,26**				-0,26**		

Coefficientes de correlación de Pearson: *p.<0,05; **p.<0,001; ***p.<0,0001

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

interlocutores y del tipo de temáticas en las que participan. La coalición conservadora, liderada por la OMC, tiene como interlocutor básico a la Administración en el proceso de desarrollo y aplicación de leyes. En cambio, la coalición de izquierdas participa en el proceso político de diseño de las leyes. En la dimensión administrativa, lo importante es negociar que la aplicación de las leyes no perjudique a los intereses sectoriales. En la dimensión política, lo central es la presión política para que los planteamientos socializantes y comunitarios no sean abandonados por el Gobierno socialista. Es importante que tengamos en cuenta, además, que la coalición conservadora se centra en el proceso de implementación porque no puede participar en el proceso político general. En cambio, la coalición de izquierdas se centra en la batalla política porque no tiene capacidad para participar en el proceso de implementación. Su fortaleza reside en el proceso político, que es donde tiene las mayores relaciones y aliados.

Acción política

Ante medidas gubernamentales que afectan directamente sus intereses, las organizaciones sanitarias y profesionales reaccionan con una gran variedad de acciones y actividades encaminadas a articular sus posiciones y contrarrestar la acción gubernamental. La actividad política de las organizaciones se ordena de forma cronológica y de niveles más genéricos y básicos a niveles más específicos. Las acciones más frecuentes (además de más básicas) son las dirigidas a analizar los efectos de las acciones gubernamentales (encargar estudios y consultar a expertos) y, posteriormente, a comunicar y concienciar a los miembros de los efectos y gravedad de la actuación gubernamental. Antes de cualquier actuación, la dirección de las organizaciones necesita contar con el apoyo de sus miembros. Una vez el colectivo ha definido sus posturas, la organización de intereses presenta sus propuestas alternativas a la Administración. Para negociar mejor sus planteamientos e intereses e incrementar su poder de negociación, las organizaciones tienden a actuar de forma coordinada, estableciendo alianzas con las organizaciones más próximas a sus planteamientos. Sus alianzas y coaliciones se traducen no únicamente en acciones negociadoras o de presión política, sino también en movilizaciones de los colectivos (manifestaciones y huelgas). Cuando la negociación y la presión política y sindical (con la Administración y el sistema político) fracasa o no alcanza sus objetivos, las organizaciones de intereses recurren a los tribunales para intentar paralizar la acción gubernamental y evitar los efectos negativos en los miembros (tabla 9).

La actividad política de las organizaciones de intereses se articula en tres pasos básicos. El primero es la articulación de las posturas de las organizaciones y conseguir el apoyo de los «electores» o miembros (*constituencies*). El segundo paso es la negociación y presión política y

TABLA 9

Acciones tomadas en respuesta a medidas gubernamentales que afectan a las organizaciones
(En porcentajes)

	Total	OMC/CPOM	CESM	FADSP	OAP	Sindicatos	Adminis- tración	Partidos políticos	OCSP
<i>Consulta a expertos</i>	64	62	60	85	64	89	47	71	55
<i>Informar:</i>									
A los miembros	62	50	100	92	64	100	18	71	36
A la población	47	35	87	77	27	89	12	57	27
<i>Propuestas políticas a:</i>									
Administración central	62	65	73	85	45	67	35	71	64
Administración autonómica	53	50	93	77	36	44	12	57	64
Partidos políticos	44	29	67	54	27	56	24	57	73
Comités parlamentarios	38	35	53	54	18	33	29	57	36
<i>Coordinar la acción con otras organizaciones</i>	55	38	73	77	64	100	24	71	45
<i>Manifestaciones</i>	28	18	80	23	36	56	—	29	—
<i>Huelgas y presión sindical</i>	27	9	73	—	55	89	12	14	9
<i>No aplicar las medidas guber- namentales</i>	9	12	7	—	9	22	—	—	18
<i>Recurrir a los Tribunales de Justicia</i>	50	53	100	69	55	56	—	29	18
N	117	33	15	13	11	9	17	7	11

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

sindical para frenar los aspectos negativos de la acción gubernamental; y el tercer paso es, en caso de que la negociación y presión no tenga éxito, recurrir al poder judicial.

En la política sanitaria de los últimos años es este último tipo de acción el que da mejores resultados a los grupos de interés cuando reaccionan a las acciones gubernamentales (tabla 10). Le siguen en efectividad las movilizaciones de los colectivos en manifestaciones y huelgas y la presentación de propuestas alternativas a la Administración. Los mecanismos tradicionales de la dinámica política (presión y negociación) son menos eficaces que el recurso a los tribunales. Esta situación pone de manifiesto la relativa incapacidad del sistema político (tanto por la no existencia de canales adecuados como por la poca voluntad negociadora de la Administración y del PSOE) de resolver los conflictos sanitarios. La resolución del conflicto tiene que ser llevada al sistema judicial.

Este es el caso de los planteamientos de las organizaciones profesionales conservadoras. Su distancia política con respecto a la Administración socialista dificulta el proceso de negociación y da lugar a medidas políticas más contundentes: huelgas y manifestaciones. Sin embargo, incluso este tipo de presión parece ser relativamente infructuoso y les obliga a recurrir al sistema judicial como forma de conseguir algún resultado. Las organizaciones sindicales (CESM y centrales tradicionales) se caracterizan, lógicamente, por la alta efectividad de las acciones tradicionales sindicales (manifestaciones y huelgas). No se limitan, sin embargo, a este tipo de acciones en la defensa de sus intereses. Ambas recurren de forma destacada al sistema judicial y las centrales sindicales tradicionales se distinguen, además, por la utilización del sistema de partidos. La orientación comunitaria y de izquierdas de la FADSP explica que para esta organización las acciones más eficaces para conseguir sus objetivos sean las campañas de información a la población y las relaciones con la Administración Central. Dada su proximidad ideológica con la Administración socialista, el recurso al sistema judicial no es en absoluto eficaz. La actividad de la FADSP se enmarca totalmente en la racionalidad, discurso y arena política. Por ello utiliza mecanismos y estrategias políticas para la consecución de sus objetivos. En este marco, las alianzas políticas son muy eficaces. Las asociaciones de centros sanitarios y clínicas privadas utilizan mayoritariamente los canales de negociación con la Administración y sus relaciones con los partidos políticos para plantear sus puntos de vista. Para estas organizaciones, la utilización de los canales políticos formales es el mecanismo más eficaz. La Administración, tanto central como regional y local, utiliza básicamente instrumentos de tipo técnico en sus planteamientos políticos.

En una situación hipotética de aprobación parlamentaria de leyes contrarias a los intereses de las organizaciones, éstas apoyan preferentemente acciones de movilización general del sector. El recurso al sistema judicial queda en segundo plano y como medida complementaria (tabla 11). A di-

TABLA 10

Acción más efectiva contra medidas gubernamentales que afectan a las organizaciones
(En porcentajes)

	Total	OMC/CPOM	CESM	FADSP	OAP	Sindicatos	Adminis- tración	Partidos políticos	OCSP
<i>Consulta a expertos</i> (N=81)	10	14	—	8	—	—	60	20	—
<i>Informar:</i>									
A los miembros	2	—	—	17	—	—	—	20	13
A la población	10	9	7	25	—	—	—	20	13
<i>Propuestas políticas a:</i>									
Administración central	6	10	—	17	—	—	—	—	13
Administración autonómica	4	5	—	—	—	—	—	—	25
Partidos políticos	4	—	—	—	—	—	20	—	25
Comités parlamentarios	4	5	—	—	13	14	—	—	—
<i>Coordinar la acción con otras organizaciones</i>	5	5	—	17	—	—	—	20	—
<i>Manifestaciones</i>	6	14	7	—	—	—	—	20	—
<i>Huelgas y presión sindical</i>	16	—	33	—	37	43	20	—	13
<i>No aplicar las medidas guber- namentales</i>	1	—	—	—	—	14	—	—	—
<i>Recurrir a los Tribunales de Justicia</i>	24	38	40	—	38	14	—	20	—

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

TABLA 11
Acciones que tomarían en caso de aprobación de legislación contraria a las organizaciones
 (En porcentajes)

<i>Acción principal que tomarían</i>	<i>Total</i>	<i>OMC/CPOM</i>	<i>CESM</i>	<i>FADSP</i>	<i>OAP</i>	<i>Sindicatos</i>	<i>Administración</i>	<i>Partidos políticos</i>	<i>OCSP</i>
Movilizar al sector en contra ...	58	64	73	31	100	88	20	40	44
Recurrir la legislación en los Tribunales	20	29	20	23	—	13	30	—	22
Informar a la opinión pública ...	11	7	—	23	—	—	20	60	22
Buscar el apoyo de los partidos de oposición	10	4	7	23	—	—	30	—	22
N	117	33	15	13	11	9	17	7	11

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRIGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

ferencia de las medidas administrativas, contra las cuales lo más eficaz era el recurso ante los tribunales y la presión a la Administración, las medidas legislativas generadas por el sistema político formal originan respuestas que afectan directamente al electorado potencial de los partidos políticos. La presión sobre el proceso legislativo se articula en forma de presión sobre el voto. Dada la importancia social de las temáticas sanitarias, crear un estado de opinión general (profesionales, consumidores) contrario a la labor legislativa tiene, sin duda, un peso político y electoral considerable.

Las organizaciones que adoptarían la movilización de forma preferente son los sindicatos tradicionales, las pequeñas asociaciones profesionales, la CESM, la OMC y las Organizaciones de Centros Sanitarios Privados (OCSP). Como acción complementaria, la OMC apoyaría el recurso a los tribunales, y la FADSP y las OCSP el buscar el apoyo de los partidos de la oposición.

RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD DE PRESION

Para evaluar el resultado de la actividad política de los grupos de interés utilizamos como indicador su propia «percepción» de su efectividad política. Obviamente, la percepción no corresponde exactamente con la realidad, pero no debería ser muy diferente. De hecho, los planteamientos de las organizaciones de intereses con respecto a su efectividad política coincide con la dinámica política real que he estudiado durante la pasada década. No hay ningún grupo interesado en probar que tuvo demasiada o demasiada poca influencia en el proceso político. Estudios anteriores sobre la élite política española utilizando una aproximación similar (J. Linz y A. de Miguel, 1966; R. Martínez, 1984; R. Fishman, 1990) obtuvieron resultados muy congruentes con la realidad.

A pesar de que la intervención política de las organizaciones de intereses en la política sanitaria de los últimos años (especialmente durante el proceso de reforma socialista) no ha sido totalmente infructuosa, no ha conducido a los objetivos por los que luchaban la mayoría de organizaciones. De acuerdo con las respuestas de los dirigentes de las organizaciones de intereses médico-sanitarios, en términos globales los grupos de intereses han conseguido sólo una parte de sus objetivos (tabla 12). Los partidos políticos y la Administración, que son los impulsores de los cambios políticos, son los que han obtenido mejores resultados. La CESM obtiene unos resultados por encima de la media y muy por encima de sus aliados de la derecha (OMC/CPOM) y de su contrincante sindical (los sindicatos tradicionales). Las organizaciones más conservadoras (OMC/CPOM-OCSP), y más opuestas al proyecto político desarrollado en los últimos años, son las que peores resultados obtienen en su participación y presión política. La izquierda profesional (FADSP y sindicatos tradicionales), que original-

TABLA 12

Nivel de fracaso de las acciones políticas de las organizaciones
(Medias de 1 a 5, de éxito a fracaso)

	<i>Total</i>	<i>OMC/CPOM</i>	<i>CESM</i>	<i>FADSP</i>	<i>OAP</i>	<i>Sindicatos</i>	<i>Adminis- tración</i>	<i>Partidos políticos</i>	<i>OCSP</i>
Nivel de fracaso en la consecución de los objetivos*	3,02	3,33	2,93	3,38	3,11	3,37	2,79	2,67	3,40

* Medido en una escala de 1 a 5, donde 1=éxito total y 5=fracaso total.

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRIGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

mente apoyaba la reforma sanitaria, está muy insatisfecha con el poco alcance radical de la misma. Su fracaso en el proceso político está al mismo nivel que las organizaciones conservadoras. En el caso de la izquierda profesional, el sentimiento de fracaso es alto porque también lo eran sus expectativas. El partido socialista, que en un principio tiene planteamientos socializantes similares a la izquierda profesional, abandona progresivamente su radicalidad dando lugar a un producto político considerado muy insuficiente por los sectores profesionales que apoyaban inicialmente su reforma sanitaria. Únicamente la CESM parece estar relativamente satisfecha con su presión política. De hecho, su acceso político y su influencia política aumenta mucho con los Gobiernos socialistas. Los sectores conservadores no logran frenar suficientemente la reforma sanitaria, mientras que los sectores de izquierda no consiguen que sea más radical y extensa.

Efectividad política

En términos generales, la efectividad de la acción política de las organizaciones de intereses sanitarios y profesionales desde la instauración del sistema democrático en 1977 ha sido considerablemente mayor en aspectos legislativos y de orientación de la política sanitaria general que en aspectos de tipo administrativo (tabla 13). De hecho, esta pauta política parece opuesta al otro caso estudiado: el británico. A diferencia de lo que nuestros datos muestran, en Gran Bretaña «el poder de la profesión médica está en una relación inversa al tamaño de la plataforma política donde la cuestión sanitaria específica se discute y decide» (R. Klein, 1983). Sin embargo, en España la influencia sobre el Ejecutivo ha sido muy pequeña, tanto en los primeros Gobiernos de UCD como en los Gobiernos socialistas. De acuerdo con su propia percepción de éxito, menos de un tercio de la acción política ha resultado totalmente ineficaz. Ello pone de manifiesto un nivel de eficacia política muy importante e indica el alto nivel de consolidación de las organizaciones de intereses y sus políticas, y la gran influencia en la política sanitaria general. El nivel de efectividad política, a pesar de no conseguir una gran parte de sus objetivos, es sorprendentemente alto.

La efectividad de las organizaciones ha sido especialmente de tipo negativo. Es decir, han sido eficaces frenando legislación o frenando procesos administrativos mucho más que consiguiendo legislación o medidas administrativas favorables. Claramente, la política de las organizaciones sanitarias es una política de tipo defensivo ante las iniciativas del sistema político. Tanto el contenido de sus actividades como el conjunto de actividad política es de tipo defensivo. La vida política de estas organizaciones está totalmente condicionada por el liderazgo político de las estructuras políticas formales. La mayor parte de su actividad política es una respuesta a acciones emprendidas por el Gobierno o el Parlamento. En términos

TABLA 13

Efectividad de las organizaciones en los diversos gobiernos
(En porcentajes)

	Total	OMC	CPOM	CESM	FADSP	OAP	Sindicatos	AC	AR-L	Partidos políticos	OCSP
<i>Obstaculizando legislación desfavorable:</i>											
1977-1982	23	44	11	18	33	14	38	—	33	40	11
1982-1986	24	29	32	58	—	14	25	—	—	40	—
1986-1990	19	38	37	20	10	14	—	—	13	25	—
<i>Promoviendo y logrando la aprobación de legislación favorable:</i>											
1977-1982	10	—	26	—	—	14	—	—	17	40	—
1982-1986	18	14	—	8	40	29	38	33	40	20	—
1986-1990	10	13	5	7	—	—	—	33	50	—	10
<i>Consiguiendo la reorientación global de la política sanitaria:</i>											
1977-1982	12	—	16	18	11	—	—	67	—	—	22
1982-1986	7	—	—	—	20	14	—	33	—	20	11
1986-1990	14	13	—	27	20	—	14	67	—	—	30
N	117	12	22	15	13	11	9	7	10	7	11

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

TABLA 13 (Continuación)

	Total	OMC	CPOM	CESM	FADSP	OAP	Sindicatos	AC	AR-L	Partidos políticos	OCSP
<i>Cambiando normas de la Administración desfavorables:</i>											
1977-1982	6	—	—	9	—	14	25	—	—	20	—
1982-1986	5	—	5	17	—	—	13	—	—	—	—
1986-1990	11	13	11	13	—	29	43	—	—	—	—
<i>Promoviendo y logrando de la Administración la aprobación de normas favorables:</i>											
1977-1982	2	—	—	—	—	14	13	—	—	—	—
1982-1986	6	14	—	—	10	—	13	—	20	20	—
1986-1990	14	13	—	27	20	—	14	67	—	—	30
<i>Fracaso total:</i>											
1977-1982	29	33	21	36	56	29	25	—	50	—	22
1982-1986	28	29	47	8	30	14	13	—	40	—	56
1986-1990	27	13	42	—	40	29	29	—	25	50	40
N	117	12	22	15	13	11	9	7	10	7	11

NOTAS: OMC: Organización Médica Colegial/Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; CPOM: Colegios Provinciales Oficiales de Médicos; CESM: Confederación Española de Sindicatos Médicos; FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; OAP: Otras Asociaciones Profesionales; Sindicatos: Federaciones de Sanidad de Comisiones Obreras y UGT; AC: Administración Central; AR-L: Administración Regional y Local; OCSP: Organizaciones de Centros Sanitarios Privados.

FUENTE: Josep A. RODRÍGUEZ, *Encuesta a la élite política sanitaria*, 1990.

globales, no sólo han generado pocas iniciativas sino que, además, han sido poco eficaces cuando han intentado hacerlo. El liderazgo de la política sanitaria está en manos del Gobierno y el papel de las organizaciones de intereses queda limitado a su reacción política.

Esto confirma la hipótesis ya expuesta en páginas anteriores. El sistema político español otorga una legitimidad política parcial a las organizaciones de intereses. Les permite reaccionar ante la legislación, pero no las legitima para presentar iniciativas legislativas. No son representantes de la colectividad (de la sociedad) y, por tanto, no tienen legitimidad para la creación legislativa. Pero, como representantes de sectores afectados, sí tienen legitimidad para presentar sus planteamientos ante las iniciativas de los teóricos representantes de la colectividad (partidos políticos, sistema parlamentario, Gobierno). Al dominio político del PSOE tenemos que añadir la especial situación de liderazgo de la administración sanitaria en los pasados años. A principios de los ochenta, el sistema sanitario necesitaba de una reorganización para evitar su colapso y para adaptarlo tanto a las nuevas necesidades sanitarias como a las limitaciones financieras. Dado el gran protagonismo del Estado en el sistema sanitario (como principal proveedor de cobertura sanitaria y servicios), su liderazgo en los cambios y reformas sanitarias no es sólo lógico, sino también necesario. La combinación del papel dominante del Estado en el área sanitaria con una legitimidad política parcial de las organizaciones de intereses hace que su participación e influencia política vaya a remolque siempre de las iniciativas gubernamentales y del sistema político formal.

En términos de todo el período (1977-1990), tanto la OMC como los Colegios Provinciales han destacado por su efectividad frenando legislación desfavorable y, en mucha menor medida, consiguiendo la aprobación de medidas legislativas favorables. Su incidencia administrativa y sobre la orientación global de la política sanitaria ha sido muy pequeña. La CESM es especialmente efectiva frenando medidas políticas desfavorables (tanto legislativas como administrativas) y su influencia en la orientación política general ha sido mayor que la de sus aliados políticos (OMC/CPOM). La efectividad política global de la CESM parece muy superior a la de la OMC y a la de los Colegios Provinciales. La corta vida política de la CESM se caracteriza por un incremento rápido de su influencia política y capacidad de representación en detrimento de la capacidad de la OMC y especialmente de los Colegios Provinciales. La progresiva importancia de los aspectos laborales (en detrimento de los de tipo profesional), la mayor aceptación por parte del PSOE de los planteamientos y racionalidad de tipo sindical y la oposición entre PSOE y OMC favorecen no sólo el desarrollo organizativo y político de la CESM, sino la sustitución progresiva de la OMC en la representación política de la profesión. La CESM está consiguiendo ampliar el ámbito y las áreas de representación del colectivo profesional a costa de la representación de la OMC. La racionalidad de tipo sindical (y

por tanto ese tipo de representación) se está imponiendo sobre el discurso y la racionalidad de tipo «profesional». El ámbito de actuación limitado de los Colegios Provinciales hace que su nivel de efectividad global sea el más bajo de entre todas las organizaciones de intereses. Pensemos que una gran parte de su actuación política se canaliza a través de la estructura central de la OMC.

La influencia de la FADSP sobre el proceso político sanitario de los últimos años parece ser la más positiva de todos los grupos de intereses. A pesar de que su efectividad global es considerablemente baja, destaca por su efectividad consiguiendo leyes y medidas administrativas favorables. Es la organización profesional que mayor influencia y efectividad tiene y ha tenido (especialmente con los Gobiernos socialistas) en la orientación de la política sanitaria. Tras la CESM, las centrales sindicales tradicionales son las organizaciones con un nivel de efectividad general mayor. Durante el primer Gobierno socialista fueron muy eficaces a nivel legislativo, y de forma sistemática destacan por su eficacia a nivel administrativo (tanto frenando decisiones negativas como forzando medidas favorables). Sin embargo, su efectividad en la orientación de la política sanitaria global ha sido muy pequeña. La coalición y el reparto de esferas políticas entre la FADSP y los sindicatos tradicionales explica la complementariedad de sus actuaciones políticas. Actúan en coalición en los procesos legislativos concretos, pero la FADSP asume el liderazgo en la definición y planteamiento de la política sanitaria global (su papel político) y los sindicatos tradicionales son los líderes de las actuaciones ante la Administración (en su papel sindical). Al igual que en el grupo conservador, la efectividad de las organizaciones sindicales «de clase» es mayor que la efectividad de las organizaciones políticas. A pesar de la proximidad ideológica entre la FADSP y el PSOE, la racionalidad e intereses de tipo sindical dominan la escena política sanitaria y colocan en un segundo plano a las organizaciones de carácter político. El nivel global de efectividad de las organizaciones de centros sanitarios y clínicas privadas es bajo y se limita exclusivamente a su influencia en la orientación general de la política sanitaria.

Como era de esperar, la efectividad de la propia Administración central es muy alta, especialmente en el diseño de la política sanitaria. Sin embargo, la efectividad de las Administraciones regionales es considerablemente más baja. No participan en el diseño de la política sanitaria general del país y su actividad queda limitada a la presión para conseguir medidas legislativas favorables. El papel diferencial de los dos tipos de Administración es claro: la central diseña la política general y la regional presiona para conseguir aspectos favorables. En el marco de la política sanitaria general del país, la Administración regional se comporta como los otros grupos de presión sanitarios. Es el grupo más efectivo consiguiendo la aprobación de medidas legales favorables. Al igual que en la política general del país, la importancia y efectividad política de los intereses nacionalistas es muy alta. En el caso sanitario, su efectividad se basa no únicamente en su decisivo

voto político global (parlamentario), sino en el incremento progresivo de poder y protagonismo sanitario resultado de la descentralización del Sistema Nacional de Salud (SNS). Tanto en el diseño del SNS como en su implementación, los Gobiernos socialistas se han visto obligados a recurrir al apoyo de las instituciones regionales, lo que se traduce como contrapartida en un incremento importante de su fortaleza política. Comparada con los otros grupos de presión, su presión política de tipo positivo es la más eficaz.

Cada uno de los períodos gubernamentales (Gobiernos de UCD, de 1977 a 1982; primer Gobierno socialista, de 1982 a 1986, y el segundo socialista, de 1986 a 1990) está caracterizado por proyectos políticos diferenciados y un mapa de influencia de las organizaciones de intereses también diferente. Durante los primeros Gobiernos democráticos de UCD, las organizaciones de intereses más efectivas son las más próximas a los planteamientos privatizantes de los Gobiernos UCD [el sector privado (OCSP), los Colegios Provinciales y la OMC], así como los sindicatos tradicionales CC.OO. y UGT. Los Gobiernos UCD son los protagonistas de los grandes pactos sociales (Pactos de la Moncloa) y, por tanto, del alto protagonismo político global de los sindicatos. Los Gobiernos UCD se caracterizan, además, por mayorías no absolutas y la necesidad de (y creencia en) negociar y pactar con los intereses sectoriales para evitar el conflicto. La llegada al poder de los socialistas en 1982 cambia totalmente la arena política sanitaria. Su mayoría parlamentaria absoluta, su tendencia a la política de tipo ejecutivo y su proyecto radical de reforma transforma el sistema de poder de los grupos de interés. La efectividad de los Colegios Provinciales y de la OCSP disminuye drásticamente a nivel general, mientras que la efectividad política de la OMC se mantiene a pesar del enfrentamiento sistemático con el Gobierno. La fortaleza política y efectividad de las centrales sindicales aumenta mucho, especialmente la de la CESM, que progresivamente conquista áreas de representación monopolizadas hasta entonces por la OMC. La proximidad política e ideológica de la FADSP con el primer Gobierno socialista se traduce en su mayor acceso al sistema político y el incremento de su efectividad y éxito político global.

El segundo Gobierno PSOE se caracteriza por su carácter pragmático y de implantación de la reforma sanitaria diseñada por el primero. En ese proceso, el mapa y fuerza política de las organizaciones de intereses cambia de nuevo. El Gobierno está más abierto a la negociación con los intereses sectoriales (especialmente los más conservadores) y como resultado la efectividad política de OMC, OCSP y Colegios Provinciales aumenta. La CESM aumenta radicalmente su efectividad política, de forma muy especial en el terreno administrativo. Ese es el terreno político de implementación de la reforma y la CESM se convierte en un grupo de interés esencial para la pacificación del conflicto profesional. Las organizaciones profesionales de izquierdas (FADSP y sindicatos tradicionales) pierden fortaleza política, básicamente por la menor radicalidad política del Gobierno socialista.

De hecho, tanto la FADSP como los sindicatos CC.OO. y UGT pasan de colaborar estrechamente con el proyecto de reforma del primer Gobierno a oponerse a la forma en que el segundo Gobierno la está aplicando. En el proceso de implantación de la reforma los partidos políticos ven reducido su papel político y, consecuentemente, su influencia y efectividad. Las Administraciones regionales, por el contrario, incrementan mucho su influencia política. De hecho, se convierten, como la CESM, en piezas fundamentales para la aplicación de la reforma.

Durante los Gobiernos de UCD, dominados por la necesidad de consolidar la reciente democracia y evitar el conflicto social, los grupos de intereses conservadores y privatizantes tienen los niveles de efectividad política más altos. La llegada al poder del Gobierno mayoritario socialista, con una forma política de tipo ejecutivo y con proyectos de reforma radicales, aparta progresivamente de la esfera política a los intereses conservadores, reemplazados por los grupos de interés más afines ideológicamente al Gobierno. El segundo Gobierno del PSOE, enfrentado a la tarea de aplicar la reforma y hacer funcionar el sistema, se ve obligado a negociar de nuevo con los sectores más conservadores. Estos aumentan en efectividad política, mientras que los sectores profesionales más de izquierdas pierden gran parte de su influencia y efectividad. Dada la descentralización del sistema sanitario y la progresiva importancia de la problemática laboral, las Administraciones Regionales y la CESM continúan aumentando de forma progresiva su poder e influencia política. Se están consolidando como los dos grandes grupos de presión sanitarios, independientemente del tipo de gobierno.

Podemos resumir diciendo que existen cuatro factores que explican las variaciones en el poder y efectividad de los grupos de intereses sanitarios y profesionales: 1) el proyecto político sanitario gubernamental (privatizante, socializante, mixto; de reforma, de implementación); 2) el tipo de mayoría del partido gubernamental (simple o absoluta); 3) la proximidad política al partido gobernante; 4) el tipo de intereses representados (ya sean centrales o no en la política sanitaria). La combinación de esos factores da lugar a mapas políticos diferenciados y suponen un mayor poder y efectividad política de unas organizaciones a costa de la pérdida de poder de otras.

CONCLUSIONES

La política pública (en este caso, sanitaria) es el resultado de la interacción entre actores políticos con legitimidad democrática y universal y actores políticos con representación sectorial. El proceso de elaboración de políticas es el espacio en que las diversas organizaciones (y sus redes) luchan por la obtención de objetivos propios, tanto sean los comunitarios (teóricamente representados por el Estado) como los de grupos o sectores específicos

(representados por organizaciones de intereses), o los de determinadas concepciones de lo colectivo (articuladas por partidos políticos, e incluso los diferentes niveles de la administración del Estado).

La profesión médica es uno de los actores centrales, junto a la administración del Estado y los proveedores de cobertura y servicios sanitarios privados, en el proceso de política sanitaria. Al igual que los otros sectores, actúa a través de organizaciones de intereses en defensa de sus posiciones en el mercado sanitario y en las organizaciones sanitarias. El proceso de reforma política estudiado, es especialmente importante porque supone la total reestructuración de la posición anterior de la profesión médica (y el resto de sectores sanitarios) en el mercado de servicios sanitarios y en las organizaciones que prestan dichos servicios. La envergadura de las transformaciones hace que, más que en ningún otro momento político, la acción de las organizaciones de intereses sea muy destacada. Coincide dicha situación en nuestro país con el proceso de construcción y consolidación del sistema democrático. La inexistencia de una tradición democrática de acción y participación en el proceso de elaboración de políticas públicas dificulta la relación política entre los intereses sectoriales y el Estado. En gran medida, las formas de actuación política de las organizaciones se encuentran también en proceso de configuración, a lo que debemos añadir los problemas de legitimidad que la intervención política de los intereses sectoriales tiene.

Las mayorías absolutas de los partidos gobernantes (a nivel estatal y en algunos casos a nivel autonómico) entre 1982 y 1990 posibilitan una acción gubernamental de tipo ejecutivo y reducen el papel de intermediación del Parlamento (al reducir las oportunidades de veto de la acción ejecutiva). Esta situación condiciona enormemente la acción política de las organizaciones de intereses forzando una estrategia política dirigida básicamente al ejecutivo. La presión política sobre, y el acceso a, un nivel político u otro (Ejecutivo, aparato de la administración, parlamentarios) depende de la proximidad entre el partido gobernante y las organizaciones de intereses, el tipo de planteamientos de la organización (sean de tipo político o de tipo técnico), su ámbito de actuación (nacional, autonómico, local) y la legitimidad política que el partido gobernante le otorga.

La acción política de las organizaciones se enmarca en el establecimiento de coaliciones con las organizaciones próximas ideológicamente y en proyecto político. La coalición conservadora tiene una mayor relevancia en el proceso de aplicación de la reforma sanitaria, mientras que la coalición radical alcanza una mayor trascendencia en el proceso político de definición de la reforma. La acción política de las organizaciones se puede ordenar en tres pasos básicos: articulación de las posturas y definición de las estrategias, negociación y presión sobre el sistema político (Ejecutivo, Administración, Parlamento), y, en caso de fracaso del proceso de negociación-presión, recurrir al sistema judicial para obstaculizar la acción guber-

namental. Es importante destacar que muy a menudo el conflicto entre intereses no se resuelve en los espacios políticos clásicos de negociación y debe ser resuelto por el sistema judicial.

La etapa estudiada se caracteriza por una mayor efectividad de las organizaciones en procesos legislativos que en aspectos administrativos. Esa efectividad es normalmente de carácter negativa, es decir, frenando legislación o acciones administrativas, más que consiguiendo la aprobación de aspectos legislativos o administrativos favorables. Es claramente una política de tipo defensivo que está a remolque de la iniciativa del aparato legislativo y ejecutivo. En gran medida ello obedece al tipo de legitimidad que el sistema político otorga a las organizaciones de intereses. Quedan legitimadas para participar políticamente en reacción a la acción legislativa o gubernamental pero nunca para presentar propuestas legislativas. Es importante resaltar el papel político de las administraciones autonómicas, con un alto nivel de efectividad política (especialmente la catalana y la vasca) en su presión sobre el proceso legislativo y ejecutivo a nivel estatal.

Los tres períodos gubernamentales estudiados suponen cambios en la base parlamentaria de los partidos gobernantes, en su agenda política, y como resultado en el mapa y fortaleza de las organizaciones de intereses. Ello supone cambios en la efectividad de la acción política de esas organizaciones, resultado de aumentos de poder y posibilidades de acceder al sistema político en unos casos, y de pérdidas de poder y posibilidades de acceso en otros. En términos globales se observa una progresiva consolidación del «poder» autonómico (partidos gobernantes y administraciones autonómicas) así como una progresiva sustitución del dominio de la racionalidad profesional sobre la organización y dinámica sanitaria por una racionalidad sindical y economicista. La sanidad deja de ser un espacio dominado por la profesión médica, que pierde su prominencia en el diseño y gestión del sistema sanitario frente a criterios de productividad. A la fragmentación de los intereses profesionales (algunos de ellos claramente enfrentados) debemos añadir los progresivamente importantes intereses sindicales, del sector e industria privada, y de las administraciones regionales. La política sanitaria no es el resultado simple de un proceso de planificación, sino más bien, el resultado de la compleja interacción entre la miriada de organizaciones e intereses.

DATOS DE LA ELITE POLITICA MEDICO-SANITARIA

Los datos utilizados en este artículo corresponden a mi propio estudio de la élite política sanitaria española (*Encuesta a la élite política sanitaria*). Es una encuesta nacional de una muestra representativa de los actores más importantes de la dimensión política médico-sanitaria española. El tamaño final de la muestra es de ciento sesenta y seis individuos y el trabajo de

campo fue realizado en 1990. El universo originalmente diseñado estaba compuesto por doscientos setenta y cinco individuos, que representaban la práctica totalidad de la élite en la que nosotros estábamos interesados. Dadas las dificultades implícitas en un estudio de élites políticas, estamos satisfechos con un nivel de respuesta del 60 por 100.

La composición de la muestra es la siguiente: Treinta y siete son altos cargos de Colegios Oficiales de Médicos [todos presidentes de Colegios Oficiales Provinciales (*CPOM*) y once teniendo, además, altos cargos en la estructura nacional central: Consejo General de Colegios Médicos-Organización Médica Colegial (*OMC*)]. Dieciséis son miembros de la central sindical profesional dominante (Confederación Española de Sindicatos Médicos: *CESM*), correspondiendo a secretarios generales provinciales más el presidente y altos cargos de la estructura central nacional. Treinta y cinco son miembros de la asociación profesional de izquierdas (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *FADSP*) y son altos cargos nacionales (presidente y secretarios) y secretarios generales de las asociaciones provinciales. Los seis miembros de las *centrales sindicales* de clase (Comisiones Obreras y UGT) corresponden a las direcciones nacionales y regional (Cataluña) encargadas de la política sanitaria. Tres altos cargos responden por las *asociaciones de centros sanitarios privados* (OCSP), y las asociaciones profesionales de otro personal sanitario están representadas por dos presidentes nacionales. Hay trece altos cargos de la *Administración* sanitaria (al nivel de ministro, secretario de Estado y director general); siete de la Administración Central, cuatro de la Administración Autónoma (de Cataluña) y dos de la Administración Local (de Barcelona). De los diecinueve *políticos*, nueve son parlamentarios y diez son los máximos responsables de los partidos encargados de la política sanitaria. La muestra contiene, además, diecinueve *expertos*, de los cuales ocho son altos cargos de centros sanitarios y el resto son destacados y conocidos expertos que ejercen una gran influencia en el proceso de elaboración de políticas sanitarias. Los dieciséis cargos ejecutivos de otras asociaciones profesionales (*OAP*) (FESAMIT: Federación Estatal de Sindicatos y Asociaciones de Médicos Titulares; FESIME: Federación Estatal de Sindicatos Médicos; CMH: Coordinadora de Médicos Hospitalarios; FASMH: Federación de Asociaciones Sindicales de Médicos Hospitalarios, entre otras) han sido seleccionados por su relevancia (y la de su organización) en la política profesional.

La submuestra utilizada en algunas partes del artículo ($n=117$) corresponde a aquellos miembros de la élite política que respondieron a una parte específica del cuestionario, en tanto que cargos ejecutivos de las principales organizaciones de intereses médicos y sanitarios. La información que proveen corresponde a las actitudes y comportamiento de las organizaciones de intereses que dirigen.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo es parte del estudio *The Politics of Medicine in Spain*, para cuya realización contó con el apoyo financiero del Social Science Research Council y del Centro de Investigaciones Sociológicas. La ayuda del Department of Sociology de la Yale University ha sido inestimable. Juan Linz, Jerome Myers, Steven Brint, Jesús de Miguel, John Mohr y Mauro F. Guillén han sido fuente inagotable de enriquecedoras sugerencias.

REFERENCIAS

- ABBOT, A. (1988): *The System of Professions: An Essay on the Division of Labor* (Chicago: The University of Chicago Press).
- AGUILAR, S. (1983): «El asociacionismo empresarial en la transición postfranquista», *Crónica de Información Laboral*, 17-18.
- ALCOBER, M., y CABELLO, R. (1979): «Participación de los grupos profesionales y no profesionales en la gestión y resolución de problemas sanitarios y de la Seguridad Social», *Revista de Seguridad Social*, 4.
- ALVIRA, F., et al. (1978): *Partidos políticos e ideología* (Madrid: CIS).
- BERGER, S. (ed.) (1981): *Organizing Interests in Western Europe: pluralism, corporatism, and the transformation of politics* (Nueva York: Cambridge University Press).
- BIRNBAUM, P. (1982): «The State versus Corporatism», *Politics and Society*, 11 (4): 477-501.
- BRAND, J. (1965): *Doctors and the State: The British Medical Profession and Government Action in Public Health* (Baltimore: Johns Hopkins University Press).
- BRINT, S. (1985): «The political attitudes of professionals», en R. Turner (ed.), *Annual Review of Sociology*, vol. 11.
- (en prensa): *Retainers, Merchants, and Priests: A Political Sociology of the Professional Middle Class America* (Berkeley: University of California Press).
- CAWSON, A. (ed.) (1985): *Organized Interests and the State: Studies in Meso Corporatism* (Beverly Hills, Ca.: Sage).
- (1986): *Corporatism and Political Theory* (Nueva York: Blackwell).
- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOBRE LA REALIDAD SOCIAL (1992): *La realidad social en España 1990-1991* (Madrid: CIRES).
- COLEMAN, J. (1986): *Individual Interests and Collective Action: Studies of Rationality and Social Change* (Nueva York: Cambridge University Press).
- COLOMBOTOS, J., y KIRCHNER, C. (1986): *Physicians and Social Change* (Nueva York: Oxford University Press).
- COX, A., y O'SULLIVAN, N. (1988): *The Corporate State: Corporatism and the State Tradition in Western Europe* (Brookfield: Gower).
- CROZIER, M., y FRIEDBERG, E. (1980): *Actors and Systems: The Politics of Collective Action* (Chicago: Chicago University Press).
- CUERVO, J. J. (1991): «El papel del Estado», *El País* (11 julio).
- CHUBB, J. E. (1983): *Interest Groups and the Bureaucracy* (Stanford, Ca.: Stanford University Press).
- DERBER, C. (1982): *Professionals as Workers: Mental Labor in Advanced Capitalism* (Boston: G. K. Hall).
- (1983): «Sponsorship and the control of physicians», *Theory and Society*, 12: 561-601.
- con SCHWARTZ, W., y MAGRASS, Y. (1990): *Power in the Highest Degree: Professionals and the Rise of a New Mandarin Order* (Nueva York: Oxford University Press).

- ECKSTEIN, H. (1960): *Pressure Groups Politics: The Case of the British Medical Association* (Stanford: Stanford University Press).
- (1958): *The English Health Service* (Cambridge: Harvard University Press).
- ELSTON, M. A. (1991): «The politics of professional power: medicine in a changing health service», en J. Gabe, M. Calnan y M. Bury (eds.), *The Sociology of the Health Service* (Londres: Routledge), pp. 58-89.
- (1977): «Medical autonomy: Challenge and response», en K. Barnard y K. Lee (eds.), *Conflicts in the National Health Service* (Londres: Croom Helm).
- FREDDI, G. (1989): «Problems of Organizational Rationality in Health Systems: Political Controls and Policy Options», en G. Freddi y J. Warner Björkman (eds.), *Controlling Medical Professionals* (Londres: Sage), pp. 1-28.
- FREDDI, G., y WARNER BJÖRKMAN, J. (eds.) (1989): *Controlling Medical Professionals* (Londres: Sage).
- FREIDSON, Eliot (1986): *Professional Powers* (Chicago: The University of Chicago Press).
- GABE, J.; CALNAN, M., y BURY, M. (eds.) (1991): *The Sociology of the Health Service* (Londres: Routledge).
- GARCÍA DE ENTERRÍA, E. (1985): *Estudio sobre Autonomías Regionales* (Madrid: Civitas).
- y LINZ, J. J. (eds.) (1984): *España: un presente para el futuro* (Madrid: Instituto de Estudios Económicos).
- GINER, S., y PÉREZ YRUELA, M. (eds.) (1988): *El corporatismo en España* (Barcelona: Ariel).
- (1979): *La sociedad corporativa* (Madrid: CIS).
- GONZÁLEZ, F. (1985): *El Estado de la Nación: Discurso del Presidente don Felipe González en el Pleno del Congreso de los Diputados del día 15 de octubre de 1985* (Madrid: Oficina del Portavoz del Gobierno).
- GUILLÉN, A. (1990): *The emergence of the Spanish Welfare State (1876-1923): The role of ideas in the policy process* (Madrid: Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Working Paper 10).
- HOLLINGSWORTH, J. R.; HAGE, J., y HONNEMAN, R. A. (1990): *State Intervention in Medical Care* (Ithaca: Cornell University Press).
- HOSS, I. R. (1972): *System Analysis in Public Policy: A Critique* (Berkeley: University of California Press).
- HUNEUS, C. (1985): *La UCD y la transición* (Madrid: CIS).
- INMERCUT, E. (1990): «Health care policies and professionals associations: A comparative perspective», presentado en *New Institutionalism: State, Society and Economy, Council for European Studies Workshop*, University of Colorado.
- JONES, P. R. (1981): *Doctors and the BMA* (Londres: Gower).
- KEANE, J. (1988): *Civil Society and the State* (Londres: Verso).
- KINGDON, J. W. (1984): *Agendas, Alternatives and Public Policies* (Boston: Little, Brown and Co.).
- KLEIN, R. (1977): «The corporate state, the health service and the professions», *New University Quarterly* (Spring), 163-180.
- (1983): *The Politics of the National Health Service* (Londres: Longman).
- KNOKE, D. (1990): *Organizing for Collective Action* (Nueva York: Aldine de Gruyter).
- LARSON, M. S. (1977): *The Rise of Professionalism* (California: University of California Press).
- LAUMAN, E., y KNOKE, D. (1987): *The Organizational State: Social Change in National Policy Domains* (Madison, Wi.: University of Wisconsin Press).
- LAUMAN, E., y PAPPI, F. (1976): *Networks of Collective Action* (Nueva York: Academic Press).
- LEHMBRUCH, G., y SCHMITTER, P. (eds.) (1982): *Patters of Corporatist Policy Making* (Beverly Hills, Ca.: Sage).
- LINZ, J. J. (1976): *El sistema de partidos en España* (Madrid: Narea).
- (1979): «An Authoritarian Regime: The Case of Spain», en E. Allardt y S. Rokkan, *Mass Politics: Studies in Political Sociology* (Nueva York: Free Press).
- (1971): «La realidad asociativa de los españoles», en Confederación Española de Cajas de Ahorros (ed.), *Sociología española de los años setenta* (Madrid: CECH).

- (1981): «A Century of Politics and Interests in Spain», en S. D. Berger (ed.), *Organizing Interests in Western Europe* (Nueva York: Cambridge University Press).
- (1990): «Transitions to Democracy», *The Washington Quarterly*, 13: 143-164.
- LINZ, J., y MIGUEL, A. de (1966): *Los empresarios ante el poder público* (Madrid: Instituto de Estudios Políticos).
- LINZ, J.; ORIZO, F., y GÓMEZ REINO, M. (1982): *Informe sociológico sobre el cambio político en España 1975-1981* (Madrid: FOESSA).
- LIPSET, S. M., y SCWARTZ, M. A. (1986): «The politics of professionals», en H. M. Vollmer y D. L. Mills (eds.), *Professionalization* (Englewood Cliffs: Prentice-Hall).
- LITMAN, T. J., y ROBINS, L. (1984): *Health Politics and Policy* (Nueva York: John Wiley).
- LÓPEZ-PINTOR, R. (1987): «Mass and elite perspectives in the process of transition to democracy», en E. A. Baloyra (ed.), *Comparing New Democracies* (Boulder, Co.: Westview Press).
- MARTÍNEZ, R. (1984): *Business Elites in Democratic Spain* (PhD Dissertation, Yale University).
- MARTÍNEZ ALIER, J. (1977): «El Pacto de la Moncloa. La lucha sindical y el nuevo corporativismo», *Cuadernos de Ruedo Ibérico*, 58-60.
- (1988): «Viejas ideologías y nuevas realidades corporativas», en S. Giner y M. Pérez Yruela (eds.), *El corporativismo en España* (Barcelona: Ariel).
- MIGUEL, J. M. de (1975): «The Spanish health planning experience 1964-1975», *Social Science and Medicine*, 9: 451-459.
- (1986): *La salud pública del futuro* (Madrid: Tecnos).
- con SALCEDO, J. (1987): *La profesión farmacéutica* (Madrid: CIS/Siglo XXI).
- con GUILLÉN, M. (1987): «The case of Spain», en M. Field (ed.), *Cross National Studies of Health Care Systems* (Londres: Tavistock).
- con PORTA, M., y RODRÍGUEZ, J. A. (1990): «Socialist health policies and politics in Spain», en G. Albrecht, *Advances in Medical Sociology* (Greenwich, Ct.: Jai Press).
- MOE, T. M. (1980): *The Organization of Interests: Incentives and the Internal Dynamics of Political Interest Groups* (Chicago: Chicago University Press).
- O'DONNELL, G., y SCHMITTER, P. (1986): *Transition from Authoritarian Rule: Comparative Perspectives* (Baltimore: Johns Hopkins University Press).
- OFFE, C. (1981): «The attribution of public status to interest groups: Observations on the west german case», en S. Berger (ed.), *Organizing Interests in Western Europe: pluralism, corporatism, and the transformation of politics* (Nueva York: Cambridge University Press).
- OLSON, M. (1965): *The Logic of Collective Action* (Cambridge, Mas.: Harvard University Press).
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL (1985): *Dos años de relaciones con la Administración: Informes, propuestas y documentos alternativos a los proyectos normativos del Gobierno* (Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos).
- PÉREZ DÍAZ, V. (1982): «Médicos, administradores y enfermos», *Papeles de Economía Española*, 12-13: 231-251.
- (1987): «Economic policies and social pacts in Spain», en I. Scholten (ed.), *Political Stability and Neo-Corporatism: Corporatist Integration and Social Cleavages in Western Europe* (Beverly Hills, Ca.: Sage).
- (1987): *El retorno de la sociedad civil* (Madrid: Instituto de Estudios Económicos).
- ROCA, J. (1987): «Neo-corporatism in post Franco Spain», en I. Scholten (ed.), *Political Stability and Neo-Corporatism: Corporatist Integration and Social Cleavages in Western Europe* (Beverly Hills, Ca.: Sage).
- RODRÍGUEZ, Josep A. (1987): *Salud y sociedad* (Madrid: Tecnos).
- (1987): «Estructura de la profesión médica española», *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 39.
- (1987): «La rebelión de los médicos», *Sistema: Revista de Ciencias Sociales*, 78.
- (1991): «Struggle and Revolt: The changing role of the Spanish medical profession», *International Journal of Health Services*.
- con MIGUEL, J. M. de (1990): *Salud y Poder* (Madrid: CIS/Siglo XXI).

-
- (1990): «Political Dynamics of Physician Manpower Policy: The Case of Spain», *Health Policy*, 15: 119-142, y en M. Field, M. Rosenthal e I. Butter (eds.) (1991), *Political Dynamics of Physician Manpower Policy* (Amsterdam: Elsevier).
- (1988): «El poder de la corporación: El caso de la profesión médica española», en S. Giner y M. Pérez Yruela (eds.), *El corporatismo en España* (Barcelona: Ariel).
- SCHOLTEN, I. (ed.) (1987): *Political Stability and Neo-Corporatism: Corporatist Integration and Social Cleavages in Western Europe* (Beverly Hills, Ca.: Sage).
- SCHMITTER, P. (1977): «Models of Interest Intermediation and Models of Societal Change in Western Europe», *Comparative Political Studies*, 10: 7-38.
- (1985): «Neo-corporatism and the State», en W. Grant (ed.), *The Political Economy of Corporatism* (Nueva York: St. Martin's Press).
- con LEHMBRUCH, G. (eds.) (1979): *Trends in Corporatist Intermediation* (Beverly Hills, Ca.: Sage).
- SKOCPOL, T. (1979): *States and Social Revolutions* (Cambridge: Cambridge University Press).
- con AMENTO, E. (1986): «States and Social Policy», *Annual Review of Sociology* (Palo Alto, Ca.: Annual Reviews).
- STARR, Paul (1982): *The Social Transformation of American Medicine* (Nueva York: Basic Books).
- STESLICHE, W. E. (1973): *Doctors in Politics: The Political Life of the Japan Medical Association* (Nueva York: Praeger).
- THOMPSON, F. J. (1981): *Health Policy and the Bureaucracy: Policies and Implementation* (Boston: MIT Press).
- WIARDA, H. (1981): *From Corporatism to Neo-syndicalism: The State, Organized Labor and the Changing Industrial Relations in Southern Europe* (Cambridge, Mas.: Center for European Studies, Harvard University).
- WILSFORD, D. (1991): *Doctors and the State: The Politics of Health Care in France and the United States* (Durham: Duke University Press).
- WOHL, S. (1984): *The Medical Industrial Complex* (Nueva York: Harmony Books).
-