

## LA PROFESIÓN MÉDICA EN ESPAÑA \*

Amando de Miguel  
(*Universidad de Valencia*)

Este artículo recoge las conclusiones parciales de un más amplio estudio sobre las profesiones liberales en Barcelona que permanece inédito. Algunos otros datos complementarios pueden verse en A. de Miguel, «Psiquiatría y sociedad», *Papers: Revista de Sociología* 1 (1973), págs. 11-36. En este nuevo enfoque se contemplan algunos de los rasgos de la profesión médica partiendo de una definición sociológica de enfermedad. El cambio en la percepción social de lo que es «estar enfermo» y «curarse» contribuye a una cierta crisis del papel tradicional del médico y de la misma profesión médica. Los líderes de la profesión médica así lo reconocen, y proyectan en el sistema político la culpa de esa crisis. Piensan que en el futuro no va a ser posible el mantenimiento de la medicina liberal. La edad de los médicos consultados determina diferencias significativas respecto a los cambios que anticipan en la organización futura de la sanidad en España. Los estudiantes son aún más radicales y aparecen todavía más desesperanzados que los médicos jóvenes. La crisis de la medicina es la crisis de la medicina joven. La ruptura generacional aparece como disolvente de la noción de cuerpo profesional.

\* Los datos y materiales que aquí se citan pertenecen a una investigación para el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Bellaterra (Barcelona) realizada en colaboración con Benjamín Oltra, Marina Subirats, Mariona Alsius, Carme Bosch, José Luis Crespán y M. Carme Maltas. A todos agradezco su colaboración. Igualmente he de mencionar el apoyo de los doctores Noy, Grifoll, Daufí, Pullat y Pinilla de las Heras, de la Universidad de Bellaterra, y el tiempo que nos dedicaron los médicos entrevistados. Mi reconocimiento se extiende al trabajo de corrección de Jesús M. de Miguel y al de secretaría de M. Carme Maltas, y Anna Ubeda.



## *La profesión médica y la enfermedad*

En la sociología de las profesiones suele tomarse la medicina como el modelo histórico más desarrollado del concepto de profesionalidad liberal. Suele basarse en una carrera muy larga y su ejercicio provoca una alta consideración por parte del público. El código de ética cuenta con una tradición secular (el «juramento de Hipócrates») y goza de un gran respeto social. El estudio de la profesión médica no es menos ilustrativo para el estudio general de las profesiones en la medida en que su crisis es patente, las relaciones con el sistema de organización estatal bastante inciertas y difíciles.

Lo primero que hay que analizar es la noción de *enfermedad*. Ésta no es fija, sino cambiante con la evolución cultural y tecnológica. Por la misma razón, la actividad profesional de los médicos está sujeta a considerables variaciones. La figura del médico se acerca a veces a la del brujo o chamán, armado de poderes mágicos, y en ocasiones se aproxima a la del científico parapetado en los más complicados inventos de la refinada ciencia y tecnología modernas. La importancia de la medicina como profesión y como institución organizada se acrece a medida que va disminuyendo el número de casos de enfermedades infecciosas o agudas y se agranda el de enfermedades crónicas y mentales, un residuo que de una u otra forma la tecnología médica nunca podrá vencer del todo a pesar de que los diagnósticos serán cada vez más finos y sensibles. En cierto modo, la lucha de los médicos por combatir la enfermedad ha tenido bastante éxito en el inmediato pasado, pero se torna cada día más difícil en los países desarrollados al aproximarnos a un techo insuperable. Mucha menos gente se muere ahora que hace una o dos generaciones pero cada vez más hay un mayor número de «enfermos», en el sentido de los que están sometidos regular y continuamente a una inspección médica. La profesión médica resuelve esta cuestión invirtiendo los términos y afianzando la opinión general de que el «chequeo» periódico o continuo es

un síntoma de civilización. En el caso extremo, los clientes de una clínica geriátrica de moda son tratados como «residentes» o incluso como «turistas», no como «enfermos». Se tiende a considerar, en el caso de mayor exageración, que lo «normal» es estar sometido a tratamiento. La erradicación de las enfermedades infecciosas ha sido uno de los logros más espectaculares de la tecnología moderna. Ha sido efectiva, rápida, barata y aceptada por todos los países, culturas y grupos, con poquísimas excepciones. Acostumbrados a este éxito no nos damos cuenta suficiente del fenómeno tan distinto que supone el acabar con las enfermedades crónicas. El conseguir que la humanidad se muera sólo de enfermedades seniles (aparte de las muertes violentas, situación en general más allá de la medicina) es un objetivo enormemente gravoso para los niveles económicos actuales. Por otro lado, la tendencia es a considerar los servicios sanitarios de la población como una responsabilidad del Estado, sufragada a través de las escalas progresivas de impuestos. Lo que ocurre es que no va a ser posible satisfacer a todas las exigencias derivadas de esos unánimes deseos. Para muchos países, y entre ellos España, la imposibilidad es ya económica. La formación de personal técnico adecuado (no sólo médicos, sino también psicólogos, administradores, enfermeras, etc.) va a requerir esfuerzos insospechados. De este modo, el tema de la enfermedad se convierte en uno de los elementos clave para entender las dificultades del cambio y la propensión al conflicto en las sociedades actuales.

Con la misma palabra *enfermedad* solemos tratar de incluir varios fenómenos o situaciones bastante diferentes, por lo menos estas dos: una, la circunstancia objetiva (más o menos identificable por el médico) del malfuncionamiento de un organismo, y otra, la sensación de una persona que se expresa en «sentirse mal» o experimentar algún dolor.<sup>1</sup> Los médicos se ocupan de uno y otro ámbito, pero cada uno de ellos representa un proceso distinto. En el primero se trata más propiamente de enfermedades más o menos generalizadas, y en el segundo de malestares o dolencias que afectan a personas concretas, en definitiva de *enfermos*. El problema de la enfermedad mental es, por ejemplo, que en general se inclina más del lado de la segunda vertiente que de la primera. En cierta manera, los médicos *curan las enfermedades pero «crean» las dolencias*, desde el momento en que el refinamiento en los diagnósticos y las advertencias higiénicas sensibilizan a las personas en la preocupación por la salud. Por esa razón el estudio de las actitudes y concepciones de los médicos sobre

1. Una exposición de este punto puede verse en el manual de Rodney M. Coe, *Sociología de la Medicina* (Madrid: Alianza, 1973), pp. 114 y ss.

la medicina se convierte en un tema clave para comprender los aspectos socio-genéticos de las enfermedades. En este sentido lo más característico es la ideología práctica de muchos médicos de considerar sólo los orígenes «biológicos» (somáticos, orgánicos) de las dolencias. Pero quizás el único rasgo estrictamente «biológico» de las enfermedades sea su carácter inevitable (se ha reducido la morbilidad pero no se ha llegado a la inmortalidad). Todo lo demás se halla influido por complejas consideraciones psicológicas, sociales o culturales: el tipo de personas a las que afecta una determinada enfermedad, el modo de responder a esa amenaza y la organización de la más o menos complicada y ritual operación de curar. Los sociólogos tienden a expresar también su ideología profesional al ver en la enfermedad un hecho social, un modo de expresar las relaciones interpersonales. Es de sobra conocida la tesis parsoniana de que la enfermedad (o mejor, la dolencia, o el «sentirse enfermo» más o menos psicósomático) puede definirse como una respuesta a la incapacidad de cumplir las obligaciones que nos impone nuestro status —es decir, nuestros *roles*— en sociedades altamente competitivas como son las actuales.<sup>2</sup> Este hecho explicaría la contradicción de que nunca ha progresado tanto la medicina y la farmacia como en nuestro tiempo, pero nunca tampoco tanta gente ha dicho «estar enferma». En cuanto una persona «se siente» enferma entramos en alguna manera en el dominio de la psiquiatría (máxime cuando otros médicos declaren que no hay razón objetiva u orgánica para tal «enfermedad»). En cuanto este sentimiento se generaliza en función de unas ciertas pautas culturales y unos determinados condicionamientos sociales, entramos en el campo de la sociología. Para los sociólogos es un hecho definitivo el que las enfermedades no se distribuyen al azar.

Un reciente estudio llevado a cabo por los sociólogos Stephen Cole y Robert Lejeune parte del supuesto de que en Estados Unidos la norma social de una sociedad extremadamente competitiva impone la constante preocupación por ascender, subir, promocionar. El que no lo consigue, para no manifestar su fracaso acude a otra forma enmascarada, más tenue y legítima de considerarse marginado: declarar que se siente enfermo, que su salud no es buena.<sup>3</sup> No se trata de que todos los males y achaques sean imaginarios sino que determinadas personas, sometidas a ciertos estímulos, tienden a destacar sus padecimientos y a utilizarlos como justi-

2. Talcott Parsons, «Definitions of health and illness in the light of American values and social structure», pp. 165-187, en E. Gartly Jaco (ed.), *Patiens, Physicians and Illness* (Glencoe, Illinois: The Pree Press, 1958). Véase fundamentalmente el «capítulo 10» de su *Sistema Social* (1951).

3. Stephen Cole y Robert Lejeune, «Illness and the legitimation of failure», *American Sociological Review*, 37 (1972): 347-356.

ficativos de sus más o menos culpables fracasos. Claro está que un médico puede ver la relación causal en otro orden: las personas que se sienten enfermas tienden, en consecuencia, a fracasar en su vida laboral o afectiva. En resumen podemos clasificar la población en *enfermos reales*, *sanos reales*, *hipocondríacos* (dicen que son enfermos pero están sanos), y *simuladores* (dicen que están sanos pero son enfermos). En cualquier caso lo importante para los pacientes es que ambas situaciones (reales y ficticias) puedan ir unidas, y más aún —esto es lo relevante desde la perspectiva sociológica— en una sociedad que destaca, exagera y premia los valores competitivos. Al menos, en los datos que analizan Cole y Lejeune es bastante clara la confirmación de que la queja de salud (los «nervios» en la forma elíptica más convencional) se destaca sobre todo en las mujeres que fracasan en sus roles ocupacionales o afectivos. Como en otros muchos ejemplos, las abstracciones de la teoría sociológica se corresponden con un saber popular decantado en múltiples expresiones literarias y culturales.<sup>4</sup>

Lain habla de una «muerte biográfica» como impedimento primero, como amenaza de la enfermedad: ésta cancela los proyectos de vida que tenía antes de contraerla.<sup>5</sup> La cuestión está en saber si el enfermo no deseaba en el fondo despachar sin mayores trámites algunos de esos proyectos, y no ha encontrado mejor manera de hacerlo que enfermado. El mismo Lain ve también la enfermedad como «recurso» o «refugio»: el enfermo «huye a su enfermedad» para evadir algún quehacer que urge.<sup>6</sup>

Como contrapunto de esa facilidad para desresponsabilizarse de los papeles sociales que concede el «derecho» a estar enfermo, tenemos la «obligación» de curarnos que nos impone la sociedad. El enfermo llega a interiorizar esa norma y colabora con el síntoma de la prisa o ansiedad por curarse. Gregorio Marañón vio este mecanismo con toda la sutileza de su conocimiento de la conducta patológica:

4. Para los escépticos de las encuestas y los entusiastas de los estudios de casos, cualitativos y literarios, propongo un análisis de contenido de las manifestaciones autobiográficas de la impresionante obra de Julio Caro Baroja, *Los Baroja*. Se podría detectar con gran nitidez y expresividad hasta qué punto se asocia el sentimiento de fracaso profesional con el saberse (o decirse) enfermo. Esta asociación es la que provoca en el autobiografiado la imagen —que él siente y que traduce al lector— de ser una persona prematuramente envejecida.

5. Pedro Lain Entralgo, «La enfermedad como experiencia», pp. 53-107, en Azorín *et alii*, *Experiencia de la vida* (Madrid: Alianza Editorial, 1969), p. 66.

6. *Ibid.*, p. 67.

La resistencia al sufrir no es un carácter transitorio de la época actual, sino que se acentuará cada vez más el porvenir. La actitud religiosa de conformidad ante el dolor se transforma, visible y crudamente, en una lucha enconada para anularle [...] El ritmo de la vida actual es, y será cada vez más, incompatible con las largas enfermedades que interrumpen el afán de cada jornada y que perturban el orden esquemático de los hogares u obligan a estancias en sanatorios incompatibles con la economía individual.

De todo esto, y de la ávida fe del ser humano en el progreso nace la insaciable apetencia de drogas eficacísimas que siente el enfermo de hoy, y su actitud de indisciplina si el remedio tarda en actuar. La autoridad personal del médico ha sido atropellada por la prisa de curarse.<sup>7</sup>

Precisamente otra de las peculiaridades de la enfermedad mental es la peculiar debilidad con que se genera la norma interiorizada de «ponerse bien». El enfermo mental no ha aprendido bien sus papeles. En cierta manera muchos problemas psíquicos podrían concretarse en la resistencia a «ponerse bien» que, aunque pueda parecer increíble, caracteriza a muchos enfermos.<sup>8</sup> «Querer es poder», dice el proverbio, pero también es verdad que «no se puede hacer querer no queriendo querer». Esta honda pasividad es uno de los escollos con que tropieza el psicoterapeuta y el médico en general. Desgraciadamente las medicinas y el tratamiento tranquilizante no se puede decir que ayuden mucho a vencerla. Se puede ver ya que esta interpretación sociológica se subsume en el concepto más amplio de enfermedad mental, con el carácter misterioso y mágico que siempre ha tenido. En efecto, la comprensión de la enfermedad mental en sentido estricto conserva un sentido fatalista y sacral muy antiguo y perdido de la enfermedad como castigo por el pecado (Antiguo Testamento), o como necesidad azarosa de la naturaleza (Grecia).<sup>9</sup> Pero desde

7. Gregorio Marañón, *La Medicina y nuestro tiempo* (Madrid: Espasa Calpe, 1953), p. 145.

8. Éste es el sentido de la experiencia de un psiquiatra que sintetiza los trabajos de Freud y Paulov, Arnold A. Hutschnecker, *The Will to Happiness* (Londres: George Allen & Unwin, 1972), p. 16. Este sentimiento básico del que habla el autor puede identificarse con la «inhibición protectora» de los experimentos paulovianos.

9. Pedro Laín Entralgo, «La enfermedad como experiencia», *op. cit.*, pp. 70 y ss. En el pensamiento antiguo la epilepsia era denominada «la enfermedad sagrada» (p. 94), y, en efecto, en algunas culturas ha sido un signo de predestinación y carisma.

otro punto de vista, la enfermedad es un indicio de salud... mental. No nos curan porque estamos enfermos, sino que estamos enfermos porque nos curan. De la misma raíz latina hemos derivado *curar* y *cuidar*.

Con independencia de la causa orgánica —causa meramente precipitante en muchos casos—, la «causa» psicosociogenética de la enfermedad es clara. Nos ponemos enfermos porque alguien se presta a curarnos. El que presume de una «salud de hierro» es porque quizás en su subconsciente tema caer enfermo sin que nadie en esta situación venga a cuidarle, a proporcionarle mimos extraordinarios. La salud de hierro, el no necesitar al médico, el pasar los catarros de pie, suelen ser síntomas de una rigurosa y auténtica soledad sin solidaridad, es decir, neurosis. El hombre feliz sí estaba enfermo. La enfermedad y su cura tiene algo de relación sexual entre curador y cuidado. Ya es curioso que asociemos la cama («cama» según parece es un viejo vocablo sánscrito que significa «amor») con el dormir, el estar enfermo y el hacer el amor. No es menos curiosa la incompatibilidad recíproca entre las tres operaciones fisiológicas; no pueden ser simultáneas, aunque se puede hablar de una «cura de sueño» y una «cura de amor».

En la literatura clásica sobre sociología de las profesiones se subrayan algunas de las frustraciones que caracterizan el trabajo del médico, derivadas de este concepto de enfermedad que estamos viendo. Concretamente, Hughes describe con gran imaginación la situación dramática de perdedor que le toca al médico, en una lucha o juego cuidador-enfermo en la que al final todos los enfermos mueren. Digámoslo con sus propias palabras:<sup>10</sup>

En la mayoría de las ocupaciones es muy difícil establecer criterio de éxito o fracaso, y de faltas versus la adecuada ejecución de las tareas. Son muy pocos los casos en que todas las partes del drama profesional están de acuerdo [...] En medicina concretamente los criterios de éxito o fracaso están muy lejos de la claridad [...] Los psicoterapeutas evitan hablar de sus éxitos o fracasos porque no cuentan con criterios objetivos; ésta es la razón —según Bruno Bettelheim— por la que gastan tanto tiempo en debatir si la reconstrucción de la historia clínica del paciente es o no correcta. La salud es un asunto muy relativo. La mayoría de la gente lo que quiere es que su viejo cuerpo funcione como sea. Esto hace de la medicina una profesión muy diferente

10. E. C. Hughes, *The Sociological Eye: Selected Papers* (Nueva York: Aldine Atherton, 1971), p. 320 (publicado originariamente en 1951).

de la de los talleres de reparación de automóviles en donde el mecánico facilita su trabajo convenciendo al cliente del coche usado de que ya no vale la pena repararlo más.

Como señala Goffman, la dificultad esencial en la relación profesional del médico con el paciente es que el objeto sobre el que versa el trabajo del primero es el *cuerpo* del segundo, algo con lo que se identifica su yo y que no puede dejarse para «ser reparado» como se presta un reloj o un automóvil, objetos mucho menos identificables con el propio yo.<sup>11</sup> La situación es particularmente tensa, como lo es en el caso de la relación con la prostituta, y más modestamente con el peluquero, a quienes también se les ofrece el cuerpo para ser manipulado. En el caso del médico la tensión se alivia con la anestesia física y con los símbolos de «anestesia psicológica» que proporciona la extrema impersonalidad del tratamiento: la asepsia del hospital, el examen conjunto con otros colegas o personal auxiliar. En último término, el tratamiento de la enfermedad en las sociedades actuales requiere la tecnología hospitalaria no sólo por razones «tecnológicas» sino «profesionales».

### *Crisis y futuro de la medicina en España*

Sea por la evolución del mismo concepto de enfermedad, *vis a vis* las demandas que crea una economía moderna (la salud como factor de la producción) y las exigencias del público (la salud como derecho), lo cierto es que la profesión médica se encuentra ante una crisis de contenido, quizá más fuerte que el resto de las profesiones. Desde luego, la opinión de los entrevistados en una encuesta barcelonesa (en este caso médicos y psiquiatras) no deja lugar a dudas.<sup>12</sup> Ofrecíamos el siguiente enunciado:

11. Erving Goffman, *Internados* (Buenos Aires: Amorrortu, 1970, 1.ª edición inglesa en 1961), pp. 336 y ss.

12. Conviene hacer notar que la muestra entrevistada de médicos de Barcelona en 1972 no se extrajo al azar, sino por un procedimiento *reputacional*. Partíamos de unas pocas figuras conocidas de la medicina, bien del «establecimiento» o de la «oposición», y cada una de ellas nos iba diciendo qué otras podrían estar más interesadas por los problemas de la profesión. Es decir, no se trataba de constatar la opinión de (una muestra representativa de) «los médicos», sino de los «líderes» o «contralíderes» de la profesión. Las citas que luego se hacen de la opinión literal de algunos médicos se formulan de manera anónima cuando nos han sido reveladas en las entrevistas. Como antecedentes de los temas tratados en esa investigación matriz remito al lector interesado a dos publicaciones más anteriores: «Psiquiatría y Sociedad», *Papers: Revista de Sociologia*, 1 (1973), pp. 11-36 y *Diagnóstico de la Universidad* (Madrid: Guadarrama, 1973) especialmente el capítulo sobre «La crisis de las profesiones liberales».

«Se dice que la medicina atraviesa una profunda crisis y que el funcionamiento de las actuales estructuras sanitarias va muy por detrás de las necesidades reales y objetivas del país.» Nada menos que un 87 % de los entrevistados (baja a un 81 % en el caso de los de más edad) se declara de acuerdo con esta afirmación. Aun descartando la propensión general a asentir en las preguntas de encuesta, no cabe duda de que el consenso revela en efecto una crisis vivida de profundo alcance. Ofrecíamos además una lista de posibles causas de la crisis. El síndrome resultante destaca «la falta de una planificación sanitaria» y «la falta de un Ministerio de Sanidad» (30 % y 26 % de las mencionadas respectivamente). Se señala con menor frecuencia la organización de la seguridad social (13 %) o de la enseñanza (7 %), y son aún menos irrelevantes los intereses de ciertos sectores profesionales (4 %) o el predominio de la medicina liberal y privada (4 %). Obsérvese que la culpa se proyecta sobre el sistema político, o si se quiere la organización de la vida pública, y sólo en una mínima medida sobre los propios profesionales. Este mecanismo de defensa hace que el pronóstico tenga que ser muy pesimista. El profano no puede entender muy bien cómo la crisis de una institución prestigiosa, importante, con un cierto poder, como es la medicina organizada, no pueda atribuirse en parte ella misma las causas de la crisis.

¿Cómo se organizará la medicina en el futuro? La pregunta es muy general y las respuestas que ofrecíamos no resultan ser mutuamente excluyentes pero nos sirven para determinar el alcance con que los encuestados desean o esperan que se realice o no en el futuro el modelo de la medicina libre o socializada:

La Medicina del futuro se organizará fundamentalmente	Médicos		Psiquiatras	
	Probable	Deseable	Probable	Deseable
Socialización total . . . . .	56 %	28 %	48 %	34 %
Equipos interdisciplinarios . . .	10	43	24	41
Equipos médicos en clínicas . . .	17	18	20	10
Medicina liberal como hasta ahora .	17	10	8	14

Es decir, lo que más atrae es el ideal de equipos interdisciplinarios (el trabajo con distintos especialistas, médicos o no), pero lo que se ve como más probable es la socialización total, en este segundo caso más por los médicos que por los psiquiatras.<sup>13</sup> Lo que en ningún caso se destaca más

13. Todos los psiquiatras entrevistados son licenciados en medicina, pero por

que por una escuálida minoría, es el deseo o posibilidad de supervivencia de la medicina liberal.

La noción de socialización de la medicina —un ideal— se presta desde luego a una confusión: identificarla con el aspecto real de la medicina funcionante en la seguridad social española. Así lo ha visto, por ejemplo, uno de los entrevistados, muy situado en una serie de prestigiosos cargos corporativos:

La medicina estará cada vez más socializada, es decir, que se trabajará organizadamente en equipo. Se mantendrá una parte «liberal» en las funciones actuales del médico de cabecera, sólo que en conexión con los grandes centros asistenciales. La vocación de la medicina pública es irreversible: en la medicina liberal mueren más los niños recién nacidos que en la medicina socializada. El problema está en que nuestra «medicina social» es bastante antisocial. Ahora tenemos más gastos en nuestra «medicina social» que en otros países. Por ejemplo hay un índice altísimo de absentismo por enfermedad. Esto no es social. La medicina social está para recuperar la fuerza humana y crear bienestar.

La socialización la considera un entrevistado como no deseable basándose en el hecho de que la profesión médica es «positivamente universitaria y de contenido humanístico». Y añade, «el encasillamiento en una organización sindical a la fuerza incluiría otras profesiones sanitarias, sin duda dignísimas, pero de menor prestigio universitario y alguna de ellas de nulo contenido humanístico». La resistencia en este caso es estrictamente defensa profesional. El deseo de nacionalizar la medicina se acompaña muchas veces del rechazo del pluriempleo actual. Se piensa que siendo funcionario del Estado los médicos sólo tendrían una única y central dedicación hospitalaria, aunque naturalmente bien remunerada. Uno de los entrevistados razonó así su preferencia por la socialización de la medicina: «Si a mí me dieran 100.000 pesetas al mes no atendería más el consultorio privado. Un médico debe atender como máximo 300 familias, y no como ahora que muchos no conocen ni el nombre del paciente.» Un estado de opinión bastante general entre los entrevistados queda expresado admirablemente por este comentario que nos hizo uno de ellos:

---

razones del diseño del estudio los mantenemos separados de los médicos no psiquiatras.

La socialización a ultranza de la profesión, suprimiendo totalmente la medicina liberal, puede considerarse un hecho positivo siempre y cuando se produzca una total socialización del país. Pero si no es toda la sociedad y todas las estructuras que marchan al unísono, pretender socializar un solo sector constituye una injusticia. En este sentido el hecho resulta negativo. Aparte de que, en estas condiciones, lo considero una utopía inalcanzable.

La percepción de la probabilidad de que se realice uno u otro modelo extremo no tiene mucho que ver con la edad, pero este factor sí se relaciona de manera muy significativa con el grado de deseabilidad:

<i>Médicos psiquiatras</i>	<i>% que consideran deseable:</i>		
	<i>La socialización de la medicina</i>	<i>La medicina liberal</i>	<i>Número de casos</i>
Jóvenes . . . .	60 %	—	(15)
Maduros . . . .	25	15 %	(48)
Viejos . . . .	23	11	(26)

Es decir, *el credo de la medicina socializada caracteriza fundamentalmente a los médicos jóvenes, quienes rechazan radicalmente la medicina liberal.* Fuente de cambio o de conflicto, creencia sincera o racionalización de la propia posición, el hecho está ahí con toda evidencia y demuestra por lo menos que no se puede hablar de una unidad corporativa —la «clase» médica— por lo que respecta a un tema tan fundamental como éste. Nuestra hipótesis inicial de la ruptura generacional como disolvente de la noción de cuerpo profesional parece, pues, confirmarse.

Pero veamos la cuestión de forma más concreta y pormenorizada. Puestos a pensar sobre la serie de cambios que es probable o deseable que acontezcan en la organización futura de la sanidad en España, los entrevistados (en este caso: médicos, psiquiatras y farmacéuticos, algo más del centenar en total) dibujan el siguiente perfil de respuestas que aparece en la *Tabla 1*. Obsérvese en primer lugar que en general el acuerdo suele ser mayor en la deseabilidad que en la probabilidad y que ambos niveles no coinciden más que en un pequeño grado. Esto revela, de entrada, una notable frustración, ya que muchas cosas que se desean no se operan. Si combinamos una alta o baja (en términos relativos al conjunto) probabilidad o deseabilidad de que determinados cambios ocurran, obtenemos estos cuatro tipos ideales:

		DESEABILIDAD	
		<i>Alta</i>	<i>Baja</i>
PROBABILIDAD	<i>Alta</i>	Optimistas esperanzados	Pesimistas fatalistas
	<i>Baja</i>	Pesimistas frustrados	Optimistas escépticos

De una manera muy aproximada (y teniendo siempre en cuenta que las expectativas son algo más moderadas que los deseos) podemos clasificar en cada tipo los siguientes cambios:

<p style="text-align: center;"><b>OPTIMISTAS ESPERANZADOS</b> <i>(desean algo que esperan)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Casi todos los alumnos de medicina internos</li> <li>— Creación del Ministerio de Sanidad</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PESIMISTAS FATALISTAS</b> <i>(esperan algo que no desean)</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>PESIMISTAS FRUSTRADOS</b> <i>(desean algo que no esperan)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Consulta gratuita de métodos de control de natalidad</li> <li>— Chequeo obligatorio y periódico</li> <li>— Gratuidad de la medicina</li> <li>— Medicina psicosomática</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>OPTIMISTAS ESCÉPTICOS</b> <i>(no desean lo que no esperan)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ampliación de funciones para los ATS</li> <li>— Legalización del aborto en determinadas condiciones</li> </ul>

TABLA 1

Actitudes de los profesionales sanitarios (médicos, psiquiatras, farmacéuticos) ante el futuro de la organización sanitaria (en % del total que contestan)

	Consideran probable					Consideran deseable				
	Muy	Bast.	Algo	Poco	Nada	Muy	Bast.	Algo	Poco	Nada
Cambios en la organización futura de la sanidad en España (ordenados por el nivel de deseabilidad)										
Casi todos los alumnos de medicina internos en hospitales	19	21	29	26	6	79	15	2	3	1
Creación del Ministerio de Sanidad	27	33	27	10	3	61	10	5	15	9
Consulta gratuita de métodos de control de natalidad	6	19	26	37	12	51	28	11	6	4
Chequeo médico obligatorio y periódico a toda la población	7	16	16	41	21	49	21	8	13	10
Predominio absoluto de la medicina hospitalaria frente a la de cabecera	18	38	23	16	5	47	14	10	19	10
Gratuidad de la medicina a todos los niveles	8	18	21	41	13	47	11	18	18	6
Aplicación de una medicina enteramente psicosomática	5	17	20	42	16	46	20	10	15	10
Aumento de psiquiatras	38	28	15	13	6	39	28	16	11	6
Uso frecuente de los ordenadores para el diagnóstico	17	25	33	18	7	35	26	16	8	16
Ampliación de funciones para los ATS	6	21	28	33	12	29	14	26	17	14
Legalización del aborto en determinadas condiciones	6	8	16	29	41	24	21	15	18	22

Dejamos sin clasificar los temas del predominio de la medicina hospitalaria sobre la de cabecera, el aumento de los psiquiatras y el uso de los ordenadores en el diagnóstico, por contener una distribución de respuestas más dispersa. Estos tres temas entrarían más bien en lo que llamamos pesimismo fatalista.

Podemos concluir que los diferentes cambios propuestos se juzgan con muy distinta probabilidad o deseabilidad de que ocurran. Sorprende, desde luego, el optimismo esperanzador con que se enfocan los cambios más institucionales, como son la reforma de la carrera o la creación del mítico Ministerio de Sanidad. De todas formas hay que repetir que en valores absolutos los deseos van casi siempre por delante de las expectativas, por lo que domina un estado de *pesimismo frustrado*. Esta sensación es especialmente notable en todo lo que se refiere a la posible gratuidad de los servicios médicos. Así, por ejemplo, un 51 % de los consultados considera muy deseable el que funcionen consultas gratuitas sobre el control de los nacimientos, pero sólo un 6 % ve muy probable que eso se realice. Los porcentajes relativos a la gratuidad de la medicina a todos los niveles son, respectivamente, el 47 % y el 8 %. El *optimismo escéptico* (no desean lo que no esperan) aparece bastante claro en dos temas: uno de competencia profesional (ampliación de las facultades de los ATS) y otro de valores muy consagrados en el sistema establecido (la legalización del aborto en determinadas condiciones).

En conclusión, los notables entrevistados de tres profesiones sanitarias revelan una relativamente alta aceptación de ciertos cambios estructurales en la medicina española pero al mismo tiempo confían bastante poco en que estos cambios se lleven a efecto. El clima, repetimos una vez más, es de general frustración. Pero de nuevo hay que repetir también que la *media* de opiniones, sin tener en cuenta las diferencias generacionales, nos dice muy poco de los pretendidos valores de los cuerpos profesionales, ya que *jóvenes y viejos perciben y sobre todo desean mundos muy diferentes*. En este caso la deseabilidad aparece totalmente condicionada por la edad, como se demuestra en los datos de la *Tabla 2*. Es decir, los jóvenes esperan muy poco más que los viejos (significativamente que se extienda la medicina hospitalaria, que la sanidad sea gratuita, que se amplíen las funciones de los ATS), pero desean que casi todo cambie mucho más que los viejos (con la excepción de hacer obligatorio el chequeo, de que se amplíe el número de psiquiatras o la medicina psicosomática). Esta combinación significa, como es lógico, una dosis importante de frustración para los profesionales jóvenes. La crisis de la medicina es la crisis de la joven medicina. Téngase en cuenta que cuando hablamos de jóvenes en nuestra encuesta nos referimos a los que por

una u otra razón ocupan una posición de notoriedad; habría que ver el grado de frustración que caracteriza al profesional medio de las últimas promociones y a los estudiantes. Hay que suponer que los índices aquí registrados se elevarían hasta cotas insospechadas. Tenemos unos datos que nos pueden servir de contraste en algún sentido. Se trata de las respuestas que dieron los estudiantes asistentes a las clases de la facultad de medicina de la Universidad de Barcelona a una encuesta autoadministrativa, realizada en 1972. Se indagaba la probabilidad y la deseabilidad de una serie de posibles cambios respecto a la profesión en general.<sup>14</sup> (Véase la *Tabla 3*.) En este caso los enunciados propuestos se cargan de una cierta connotación negativa y decididamente son más polémicos; pero igualmente aparece el sentimiento de frustración. *Una mayoría de estudiantes valoran como positivo que el médico deje de pertenecer a un sector privilegiado pero sólo una minoría en casi todos los casos le da a esa hipótesis un cierto margen de probabilidad.* Más adelante volveremos sobre las actitudes de los estudiantes.

De momento, conviene que precisemos un cambio muy llamativo en otros países y que parece que no es muy deseado en el nuestro: la ampliación de las funciones de los ATS y la renuncia por parte de muchos médicos a funciones ejecutivas en hospitales y otros organismos sanitarios. En el ambiente profesional médico la evolución tecnológica opera en el sentido de precipitar una continua división del trabajo, con la consiguiente renuncia por parte de los médicos de una serie creciente de funciones que son asumidas por las nuevas profesiones auxiliares, cada vez más numerosas y con mayor conciencia corporativa: diversos tipos de enfermeras, anestelistas, administradores hospitalarios, etc.<sup>15</sup> En nuestra encuesta, ante la pregunta de «¿Qué tipo de funciones de las que hasta ahora han realizado los médicos atribuiría Ud. a los ATS en el futuro?», sólo una minoría de los médicos y psiquiatras consultados (27 %) contesta que ninguna función nueva. Estamos, pues, ante un posible cambio. Ahora bien, de nuevo se presenta la ruptura generacional: el «ninguna» es el 18 % en los jóvenes, el 19 % en los maduros,

14. «Prospectiva de la Medicina», en *Anales de Medicina* de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, vol. 58, núm. 1 (junio, 1972). Comentando los resultados de dicha encuesta, el doctor Josep Laporte, presidente de la Academia, dice que «sus resultados no aclaran demasiado el panorama del futuro [...] Las perspectivas presentan la socialización de la medicina como meta deseable, pero en el fondo los jóvenes no creen demasiado probable que se produzcan tal como ellos querrían». («La Vanguardia», 25-junio-1972.)

15. Sobre este punto véase Everett C. Hugues, *The Sociological Eye: Selected Papers* (Chicago: Aldine-Atherton, 1971) p. 307 (publicado originariamente en 1956).

TABLA 2  
Actitudes ante la futura organización sanitaria  
de los profesionales sanitarios, por grupos de edad

<i>Cambios en la organización futura de la sanidad en España (ordenados por el nivel de deseabilidad)</i>	<i>% Muy o Bastante probable</i>			<i>% Muy deseable</i>		
	<i>Jóvenes</i>	<i>Maduros</i>	<i>Viejos</i>	<i>Jóvenes</i>	<i>Maduros</i>	<i>Viejos</i>
Casi todos los alumnos de medicina internos en hospitales	48 %	35 %	38 %	84 %	81 %	71 %
Creación del Ministerio de Sanidad	53	63	61	94	65	42
Consulta gratuita de métodos de control de natalidad	20	25	26	74	30	33
Chequeo médico periódico y obligatorio a toda la población	26	20	21	52	45	53
Predominio absoluto de la medicina hospitalaria frente a la de cabecera	63	58	45	83	39	53
Gratuidad de la medicina a todos los niveles	42	20	22	90	50	26
Aplicación de una medicina enteramente psicossomática	12	29	15	53	47	36
Aumento de psiquiatras	62	81	80	39	44	33
Uso frecuente de los ordenadores para diagnóstico	42	42	48	37	31	41
Ampliación de funciones para los ATS	38	28	16	58	31	15
Legalización del aborto en determinadas condiciones	18	8	19	37	20	22

TABLA 3  
Actitudes de los estudiantes de medicina  
ante la organización futura de la profesión médica

<i>Cambios en el futuro de la profesión</i>	<i>% que consideran probable</i>					<i>% que consideran deseable</i>				
	<i>Muy</i>	<i>Bast.</i>	<i>Algo</i>	<i>Poco</i>	<i>Nada</i>	<i>Muy</i>	<i>Bast.</i>	<i>Algo</i>	<i>Poco</i>	<i>Nada</i>
Se tenderá a una disminución del nivel de ingresos y a una mayor igualdad dentro del estamento médico	13 %	17	25	32	10	42 %	24	11	8	6
El médico se convertirá en un trabajador sanitario, asalariado dependiente de un organismo planificador de la sanidad a nivel nacional	14 %	17	26	26	11	30 %	22	12	13	14
El prestigio social del médico disminuirá	16 %	23	21	22	15	13 %	13	13	13	35
La práctica actual de la medicina como negocio continuará	35 %	33	14	8	5	3 %	2	5	19	62

TABLA 4  
 Actitudes de médicos y psiquiatras  
 ante la idoneidad para dirigir un hospital

<i>Persona más idónea para dirigir un hospital</i>	<i>Jóvenes</i>	<i>Maduros</i>	<i>Viejos</i>	<i>Total</i>
Un médico de gran prestigio científico . . . . .	—	4 %	12 %	6 %
Un médico con algunos conocimientos de organización de empresas . . . . .	42 %	55 %	50 %	52
Un técnico en organización de empresas que no sea médico . . . . .	32 %	23 %	17 %	22
Otras posibilidades . . . . .	25 %	17 %	21 %	21

y el 45 % en los viejos. La misma resistencia al cambio por parte de los viejos se produce en el otro nivel: en la posible dejación del monopolio médico en la tarea de dirigir hospitales (*Tabla 4*). El cambio en este aspecto va a ser radical, e incluso hay muchas razones para justificar cierta moderación, pero lo que importa es destacar el argumento central de que los jóvenes y viejos pertenecen a dos mundos de valores bastante divergentes.

### *La socialización de la medicina*

Las polémicas sobre el futuro de la medicina no se centran en las modalidades del ejercicio individual sino en la constitución de éste en diversas formas de medicina organizada, sea en hospitales o consultorios privados o públicos. La opinión general, como se deduce de estas páginas, es el fin de la medicina tradicional, de persona-a-persona diríamos. Resulta muy excepcional la actitud de defensa del *arte de curar*, por más que en la realidad la influencia del médico en consulta libre es todavía sobresaliente. El párrafo que sigue pertenece a uno de nuestros entrevistados y recoge muy bien el modo de pensar de la minoría influyente y tradicional:

La profesión médica es un arte además de un oficio, y una magia a pesar de los adelantos científicos. La influencia del mé-

dico es extraordinaria, dejando a un lado el oficio que se puede aprender. Por mucha seguridad social que haya, falta el médico particular. En Bulgaria se permite a los médicos ejercer libremente en su casa durante una hora al día y las consultas se llenan porque el enfermo huye de los organismos grandes en donde se pierde la intimidad.

Quizá la expresión más cabal de la añoranza por esa medicina tradicional se halla en este párrafo de Gregorio Marañón:

El mundo actual ha hecho que casi desaparezca este tipo de médico que no equivocadamente se llama *de familia*, porque lo mejor de su eficacia dependía precisamente de actuar dentro de la familia, pero sin ser su familiar; es decir, de representar un grito de confianza y amor, que venía de fuera pero que llegaba hasta el fondo de la intimidad, como una brisa de madrugada que orea e ilumina una habitación oscura donde se sufre. Sería mejor llamar a este médico *amigo*, médico de la intimidad; y esto es lo que no son los grandes médicos actuales: amigos de sus enfermos.

Obsérvese que esta idea de *Gesellschaft* en la relación médico-enfermo representa en cierto modo el rasgo de frialdad y eficacia que hemos introducido en el modelo de profesionalidad liberal. De hecho, puede seguir funcionando como ideología compensadora, pero lo más cierto es la tendencia al diagnóstico y tratamiento impersonal *more hospitalario*. He aquí una opinión de un prestigioso catedrático: <sup>16</sup>

El médico de cabecera será sustituido por un equipo de personas que verán al paciente por primera vez y lo dirigirán a una organización hospitalaria. Ésta era la función equivalente del médico de familia cuando no había hospitales, sólo que entonces lo que hacía era llamar al eminente en consulta. Su puesto era el de establecer contacto entre el paciente y la medicina. Pero eso lo puede hacer hoy mejor un equipo volante, incluso un computador. Puede parece inhumano, pero más horroroso resulta ir a un consultorio del seguro. Con el ordenador se perdería poco tiempo, se tendría un mínimo de errores y en definitiva se aseguraría la asistencia humana real.

16. Declaraciones al diario *Pueblo* (7-enero-1972).

Si la opinión general es a favor de la medicina hospitalaria y en buena parte pública (sobre todo por parte de los médicos jóvenes), también hay que decir que se corresponde con una aguda crítica del sistema hospitalario actual, en especial el dependiente de la seguridad social. Un ideal desaparece pero el nuevo no se realiza o lo hace mal. La crisis de la medicina en España se debate entre esos dos fuegos.

En conjunto, la imagen que resulta en nuestras entrevistas barcelonenses de la organización técnica de la medicina en España no puede ser más descorazonadora, incluso exageradamente negativa si nos atenemos a ciertos datos objetivos. Pero esa impresión crítica es parte también de la propia realidad que hemos de contemplar. Véase, por ejemplo, este comentario de una prominente figura de la profesión: «España es el país de Europa que menos gasta en sanidad. Es abrumador el déficit de camas. Somos el único país del mundo [*sic*] sin Ministerio de Sanidad. Dependemos de ocho Ministerios. Al país no se le ha explicado la situación sanitaria; si la gente se enterara habría grandes protestas.»

Sorprende muchas veces al sociólogo la defensa que hacen muchos médicos de la necesidad de socializar la medicina y al mismo tiempo de que los organismos públicos sanitarios sean controlados exclusivamente por médicos. En realidad es muy difícil que ambos supuestos puedan ser compatibles. La socialización sanitaria significa casi necesariamente que el dominio de la salud se desprenda del monopolio tradicional ejercido por los médicos; éstos no sólo han demandado la exclusiva de *curar* (según ellos mismos bien justificada y merecida) sino también la de *organizar* la curación. En la actual situación española es todavía casi impensable que un director de un hospital o que el director general de sanidad no sean médicos.

Ante éstas y otras contradicciones no es de extrañar que la situación hospitalaria sea difícilmente resoluble. No es éste el lugar para proponer soluciones, sino para recoger opiniones de los notables de la medicina. Una opinión mesurada y muy representativa del estado actual de la cuestión es la del doctor Antonio Puigvert, eminente urólogo barcelonés:

Ahora bien: pensar que con el presupuesto que cuentan la mayoría de nuestros centros sanitarios (casi todos sin ayudas oficiales de ninguna índole) es posible contratar a médicos con sueldos dignos como para que prescindan de una práctica privada, que les ha costado años de esfuerzo conseguir, es una verdadera utopía. Es evidente que la medicina privada está destinada a desaparecer, pero creo que faltan todavía unos cuantos años para ello. Nos toca vivir una etapa de transición,

que hospitales y médicos debemos comprender. Es un problema generacional. Por otra parte, pienso que el hospital debe de aprovechar en estos años la experiencia del profesional de reconocido prestigio y competencia (por tanto, generalmente, bien compensado económicamente por una clientela particular bien nutrida) para organizar verdaderos núcleos de médicos jóvenes (que no tendrán inconveniente en aceptar contrataciones plenas), que constituirán en muy pocos años la base principal del hospital. Serán estos jóvenes quienes prontamente harán el relevo de funciones. Si ello se hace así, la transición de una «medicina liberal» a ultranza y «una medicina integrada» se producirá de forma progresiva y productiva para el hospital y la sociedad que, no lo olvidemos, es, en definitiva, la receptora de los servicios de aquél. Como verá le hablo de una «medicina integrada» para huir del término «medicina socializada» tan utilizado últimamente. Es algo consciente, pues pienso que socializar la medicina sin socializar otros aspectos es tan injusto para los médicos como lo es para los enfermos, que la actuación de algunos profesionales sólo esté, como usted dice, al alcance de millonarios.

La crítica a la seguridad social suele realizarse, a menudo, por los mismos médicos, desde una perspectiva de política profesional en los términos más ácidos. Veamos un ejemplo bien característico:

Queda de este modo la medicina asistencial socializada, que no otra cosa es nuestra seguridad social, injertada como un brote aberrante y desfasado en una sociedad burguesa. La razón de este desfase, de este error de origen, procede de la vertiente política que una medicina socializada puede tener en el contexto del régimen político antisocialista. No se trata de una política sanitaria, sino de una política social que irrumpe en la sanidad o el régimen asistencial.

De aquí que nuestra medicina esté en crisis al no aceptar el desfase que representa una medicina supuestamente asistencial al servicio de intereses políticos casi exclusivamente. De esa forma la asistencia social tenía que ser, y lo es, la piedra de escándalo de los médicos, de los enfermos y de los economistas. El enfermo productor —anotemos los términos socio-económicos de nuestro sistema— que recibe la «prestación» no tiene conciencia de sus beneficios, porque él sabe que no es el Estado quien le asiste sino que sabe, y bien, que es el Estado

no socialista el que percibe del asegurado el 16 por 100, de la empresa el 81 por 100, reservándose sólo la contribución estatal el ¡3 por 100! y erigiéndose a sí mismo en gestor y administrador de esta suma ingente.

La pregunta surge para todos ¿puede un Estado que aporte sólo el 3 por 100 de una cifra abrumadora de gastos de asistencia imponer una política asistencial y condicionada a su arbitrio? Que puede, ya lo estamos viendo. Pero que no es ésta la asistencia sanitaria que los que la financian, empresas, asegurados y médicos —pues éstos aportaron su enfermería, esfuerzo y colaboración—, desean, está fuera de toda duda.

Obsérvese que las críticas a la medicina «social» o «socializada» que representa la estructura de la seguridad social se centran más en la realización del principio socializador que en la discusión de ese mismo principio.<sup>17</sup>

Las críticas al sistema sanitario en su conjunto y al principio de la socialización médica arrecian incluso en personas situadas en cargos públicos. Véase la acrimonia de las valoraciones que realiza el doctor Abelardo Azorín Ortiz, presidente de la Asociación Sindical de Médicos, en contestación a una encuesta periodística:<sup>18</sup>

La verdad es que la sanidad en nuestra patria falla por todos los puntos. Haciendo tan sólo una enumeración: el problema de las interinidades, los escalafones de la seguridad social, la situación planteada en la Obra Sindical «18 de Julio», etc. Concretando más: ¿En qué ámbito laboral se tolerarían interinidades que duran de 12 a 15 años —incluso 30— como en la Obra Sindical «18 de Julio»? ¿o contratos rescindibles arbitrariamente y sin indemnización, prestaciones sin límites de horarios, sin derechos pasivos, como jubilaciones, incapacidad laboral, enfermedad, etc? Con la situación a que hemos llegado actualmente, los colegios profesionales en general son instituciones desfasadas, puesto que existe cada vez más una mayor dependencia laboral.

En cuanto a la preparación de los médicos, una vez salidos de la facultad, es muy deficiente, principalmente en lo que se

17. Manuel Orozco Díaz, «Los conflictos de la Medicina actual», *Noticias Médicas* (22-marzo-1972).

18. Declaraciones a Luis Roig, *Tele-eXpres* (4-enero-1972).

refiere a formación humanística, tan importante para nuestra profesión. Por otra parte, tampoco hay una renovación de conocimientos. El hecho es que el nivel intelectual ha bajado mucho.

La socialización en medicina representa una intromisión en la relación médico-enfermo con evidente perjuicio para este último, que, ni en la «plena dedicación» ni en la «jerarquización» pueden solucionar, porque éstos son en medicina conceptos naturales que sólo el estímulo profesional y la vocación son capaces de imponer. Tengan presente los médicos y sobre todo los jóvenes que llegará el día en que su elevada misión se transformará en el funcionamiento de tener que marcar en un reloj a la hora de entrada y en el mismo reloj a la salida, con unos honorarios fijos, que, cómo no, siempre podrá discutir e impugnar y con los vicios que una situación de tal naturaleza confiere, como son el pretender cobrar más con menos trabajo y dentro de estas horas con la mínima dedicación.

Y no olvide nadie que, por encima de médicos, todos somos presuntos pacientes y desde luego personalmente me horroriza tener que caer en este tipo de asistencia.

Yo entiendo, señores, que este sistema de prestación de la medicina es un horrible atentado a la dignidad humana en aras de una especulación altamente demagógica, de un dogmatismo social totalmente falso.

Lo curioso en la organización actual de la seguridad social es que las quejas de la misma apuntan por parte de los propios médicos y en el caso de la población por los sectores más pudientes.<sup>19</sup> En el caso de los médicos, sobre todo los jóvenes, el trabajo hospitalario representa un eslabón más (y no el mejor retribuido) de una larga cadena de pluriempleos. Un dato relevante puede ser el de los «médicos interinos» en la seguridad social (SOE), su número se eleva a unos nueve mil y muchos llevan varios años en tan insegura posición. No es infrecuente el caso de quien tiene a su cargo diecisiete mil cartillas, y el que tiene que realizar cuarenta visitas en hora y media.<sup>20</sup> Prescindiendo de razones extraprofesionales, parece que la crisis médica se resuelve en la confrontación generacional: el sistema de pluriempleo que domina obliga a un

19. Las actitudes del público sobre el *Seguro Obligatorio de Enfermedad, Seguro Oficial de Enfermedad (SOE)*, o simplemente *Seguro de Enfermedad* pueden verse en F. FOESSA, *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid: Euramérica, 1970), cap. 14.

20. Los datos pertinentes pueden verse en *El Correo Catalán* (22-enero-1972).

notable sacrificio de los más jóvenes y se mantiene sobre una acaparación casi monopolística por parte de las grandes figuras establecidas. Mal puede esta estructura realizar el modelo de la profesionalidad liberal y mal también puede dar paso a una medicina pública y hospitalaria.

Pero quizá será mejor que nos detengamos con un poco más de detalle en algunas de las peculiaridades de la organización corporativa de los médicos: los que a sí mismos, a veces con mayúsculas, se denominan *la «Clase» Médica*. De esta forma es posible que veamos con mayor claridad los conflictos y contradicciones de la crisis de la profesión médica en España.

### *La Clase Médica*

La sociología de la profesión médica se ha basado normalmente en dos modelos típicos de la relación cliente-profesional: el médico liberal privado y el médico como funcionario de un sistema socializado de salud. Ninguno de los dos se aplica del todo a la situación española. En nuestro país, la corriente es el sistema de «sociedades» (el SOE una más) que como círculos excéntricos envuelven la actividad de cada médico. Los ingresos de cada uno de ellos se basan en la suma de pequeños sueldos que cada «sociedad» les deja a cambio de exigirles una pequeña parte de su tiempo. Realmente se trata de la más pícara y menos efectiva combinación de los dos sistemas patrón: el médico es en realidad un funcionario, pero con la ilusión de «liberalidad» al depender de varias burocracias. No faltan críticas a esta peculiar solución nacional de la organización profesional de la medicina. Elegimos una entre mil, una carta de un médico a una conocida revista profesional:

¿De quién es la culpa? Solamente del sistema. Solamente del sistema de pago de tanto al mes. Al médico se le paga un sueldo mensual, siempre escaso. Tiene que acumular varios cargos para tener varios sueldos que le permitan vivir con cierta holgura y, como al final de mes lo mismo cobra por ver enfermos que por no verlos, hace su trabajo con desgana, sin ilusión, y ¿por qué no decirlo?, sin responsabilidad. Siente una gran alegría cuando tiene pocos enfermos. Se irrita cuando le aumenta la enfermería. Acude con desgana y mal humor a un aviso intempestivo. Trata de terminar cuanto antes la consulta, unas veces para marcharse o no hacer nada; otras porque tiene que acudir a otra consulta de igual especie cuya hora se le echa encima.

Una forma de responder a la crisis profesional que estamos analizando es la exageración del carácter mítico de la medicina, la resacralización del ideal sanitario como condición moral, la dignificación de una *Gesellschaft* vicaria y utópica. Véase como muestra y símbolo este artículo editorial, casi un poema lírico, publicado anónimamente en una revista profesional:

MÉDICO, *sacrosanta* palabra que debe unirnos en un sólo bloque a todos cuantos amamos la medicina y la cirugía.

La profesión de médico es de *abnegación* y *desinterés* para con nuestros semejantes, aplicándoles la ciencia y el arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo. Pues bien, nuestro Cuerpo Profesional está en peligro, y debemos todos juntos, como un solo hombre, precaver para que no enferme, y esa abnegación y desinterés tan prolijamente aplicados a nuestros semejantes, aplicarlos también a los más semejantes a nosotros mismos, que son todos los médicos por el sólo hecho de serlo, sin distinción de matices, categorías, cuerpos especiales, especialistas y mil mixtificaciones de la palabra médico.

No podemos estar divididos. La división debilita y causará nuestra derrota. ¿Será posible que asistamos al suicidio colectivo por no rectificar? Mal de muchos, consuelo de tontos. La vocación por la medicina (nuestra *madre espiritual*) nos exige, para poderla salvar, la unión de todos los médicos del mundo entero alrededor de nuestra madre común, mediante un organismo de ámbito mundial.

No hay más que una cuestión simple y primitiva: se es médico o no se es. Si se es equivale a sinónimo de *unión, amor, respeto y veneración*, porque es, como hemos dicho antes, nuestro semejante, nuestro *hermano de espíritu*.

Hay dos clases de personas en el mundo (las dos muy respetables): la que es médico y la que no lo es.

Esta unión es *hermandad de amor* a la medicina, es la cimentación firme de la gran obra a realizar.

Quien no la realice tendrá acaso un título de licenciado o de doctor en medicina, pero ¡ay! que no se llame médico, que no lo es.<sup>21</sup>

Esa realización no se queda en pura retórica. Tiene su implantación

21. *Noticias Médicas* (2-febrero-1972). El subrayado es nuestro.

práctica en la ideología de conceder al médico un papel extracurativo, casi sacerdotal. En un mundo secularizado los médicos se constituyen en una auténtica clase redentora. Véase, por ejemplo, este texto enormemente expresivo:

Son los médicos, habituados a la realidad social, los que más se acercan al pueblo auténtico sin demagogias ni monsergas, la única clase que está diaria y permanentemente en contacto casi íntimo con toda la sociedad española, la que de verdad posee el pulso del corazón y la mente de España; con ellos no valen esquisiteces dialécticas ni dogmatismos socio-políticos. Los médicos tienen en sus manos la salud del cuerpo y del alma del pueblo español, y ellos sí que saben por dónde respiran y a dónde van sus iras, que las tienen. Y si no, que levante el dedo una sola profesión que esté más de lleno metida en el dolor y la vida de la gente.<sup>22</sup>

Esta connotación ideológica no es sólo defensa unilateral de intereses, propaganda. Realmente la sociedad acepta ese papel «difuso» de la figura del médico (exaltado ahora por los telefilmes norteamericanos), que en rigor no casa muy bien con las características antes apuntadas del tipo ideal de profesionalidad liberal. En parte, claro está, la justificación para esa valoración descansa en el excepcional valor concedido a la salud. De alguna manera médicos y sacerdotes tratan con el irresoluble problema de la muerte.

Una consecuencia de la idealización difusa de la figura del médico, la mixtificación bondadosa de su carácter «liberal», es lo que se ha llamado en Estados Unidos «política de Robin Hood» y que en España podría traducirse por «sistema de José María *el Tempranillo*»: cargar la cuenta de los clientes ricos para poder permitirse —*noblesse oblige*— atender gratuitamente a los pobres. Ninguna profesión ha llegado a enaltecer tanto este sistema de extrema «liberalidad» (nunca mejor empleada la palabra en su prístino sentido castellano) como la medicina. Sólo gozando de un alto prestigio social puede practicarse sin que desentone el sentido paternalista o discriminatorio. Como símbolo del alto aprecio que la sociedad concede a los médicos está el indiscriminado título de «doctor» con que se trata a todos ellos, con total independencia de que hayan o no conseguido esa titulación académica. En otras carreras es incluso

22. Manuel Orozco Díaz, «Los conflictos de la medicina española», *Noticias Médicas* (22-marzo-1972).

muy frecuente apelar de ese tratamiento a los que efectivamente han hecho el doctorado.

La difusividad del rol médico permea todas las actividades profesionales. Así, por ejemplo, la reforma sanitaria se presenta casi siempre con un especial acento extraprofesional, teñida de aspectos políticos, y con la inexcusable condición de la creación de un Ministerio de Sanidad; ésta es una opinión tan unánime en la clase médica como sistemático es el rechazo de tal propuesta por parte de los poderes públicos. La oposición oficial se funda quizás en la idea de que se trataría de un «Ministerio de Cuerpo», lo cual contribuiría a un cierto desequilibrio en la estructura tradicional de poderes (curiosamente los cuerpos de funcionarios sanitarios gozan de escaso poder en la estructura administrativa del Estado). Pero visto de otro lado, la creación de ese hipotético Ministerio, sobre todo si se «socializa» de algún modo la medicina al asumir y ampliar los servicios de la seguridad social, podría ser un factor de contraste y control de los intereses profesionales de la «clase médica», los cuales pueden generar a veces excesivas tensiones y ventajas particulares no del todo aconsejables desde el punto de vista del interés más general.

En la organización del trabajo de los médicos se da la peculiaridad de que las funciones técnicas aparecen en la mayor parte de los casos vinculadas a estructuras burocráticas en las que las decisiones principales las toman compañeros de la profesión. Esto es parte de las características básicas de «profesión»: *autonomía* y *monopolio*. Sucede así en los hospitales y también en la práctica privada de ciertas especialidades, en las que la mayoría de los clientes llegan a través de la recomendación de otro médico (lo que en la jerga profesional se denomina «dicotomías»). Esta circunstancia no se produce de manera tan nítida en el ejercicio de otras profesiones liberales (abogados o arquitectos, por ejemplo) en donde el facultativo puede tratar con el cliente sin un control tan desusado por los otros miembros de la misma profesión. En el caso de los médicos esa peculiaridad acentúa el tono conservador o, mejor dicho, no innovador que caracteriza a veces a las actitudes de los profesionales y en general el carácter tenso que se desenvuelve a veces en las relaciones entre colegas. Ésta es la razón también por la que una socialización de la medicina, al hacer intervenir decisiones de personal no facultativo, eliminaría paradójicamente algunas de esas tensiones existentes en un cuerpo médico actualmente orientado hacia la práctica liberal con un total monopolio intraprofesional de la organización de la actividad curativa. De momento la situación de tensión intraprofesional no puede ser mayor. Lo que se cuestiona muchas veces es el propio carácter

representativo de los Colegios de Médicos en nuestro país. Véase como muestra la opinión del doctor Felipe Soler Sabarís:

Los colegios médicos, de origen gremial, debido a un régimen restrictivo, a una organización compleja desde el punto de vista estructural, a la falta de una verdadera actuación democrática, se han convertido, y me refiero especialmente al de Barcelona, en una *especie de gestoría administrativa*, careciendo de un instrumento jurídico adecuado para la defensa de los intereses profesionales de los colegiados. Además dichos intereses son distintos, cuando no contrapuestos, entre los colegiados, hecho que hace aún más difícil la posición de la junta directiva.

Debido a esa inoperancia surgió el Sindicato de Actividades Sanitarias, que se abroga el derecho de defender los intereses del médico empleado. Sin embargo, a mi modo de ver su *actual estructura los hace ineficaces*. La única solución podría consistir en la modificación del actual reglamento de los colegios, de forma que se tendiera a una sindicalización de los mismos, a partir de una base de actuación democrática.<sup>23</sup>

No es menos incisiva la opinión del doctor Josep Corominas evacuada en la misma encuesta: ¿Qué importancia tiene y qué papel desempeñan los *Colegios de Médicos*?

Su estructura actual los hace inservibles. Debería elaborarse un nuevo estatuto de la profesión con una real participación de la gente. *Los colegios se han convertido en defensores de privilegios, lo cual provoca una disociación entre su estructura formal y su estructura real*. Ni hay participación, ni la gente espera nada de los colegios. Deberían sindicalizarse horizontalmente.<sup>24</sup>

Una consecuencia práctica del modelo de profesionalidad liberal es la estabilidad que proporciona. Salirse de él es entrar en conflicto interno y con la sociedad en general. Los profesionales liberales (a diferencia de otros sectores sociales como los empresarios u obreros) temen la situación de conflicto y sobre todo el que se muestre al público, se debata en los medios generales de comunicación. En el caso de los médicos ese

23. Declaraciones a Luis Roig en *Tele/eXpres* (7-febrero-1972).

24. Declaraciones a Luis Roig en *Tele/eXpres* (8-febrero-1972).

temor es claro. Fijémonos como muestra en este editorial de una revista profesional médica:

En los últimos meses se han convertido en costumbre diaria los conflictos protagonizados por médicos en nuestro país. Las noticias de huelgas, protestas, quejas y querellas en los hospitales o en otros lugares médicos no sólo son constantes, sino que confusas y contradictorias. Informes y contrainformes, notas y contranotas, preguntas y respuestas, publicados repentinamente en la prensa ordinaria, llegan a producir un fenómeno bien conocido, por otra parte, por todos los expertos en problemas de opinión pública, se llega a perder contacto con la causa original de los conflictos. Lo único que queda entonces es la impresión, vaga, de que los médicos protestan demasiado y por demasiadas cosas, y de que, más profundamente, algo esencial no funciona como es debido en la medicina [...]

No parece que se pueda conseguir así la formación de una sólida conciencia nacional positiva acerca de los reales problemas estructurales de la sanidad española. En cambio, lo que queda es la idea de que los médicos llevan a la prensa ordinaria sus conflictos, con cierto apresuramiento y con reiteración.

Porque, lo que no parece lógico —además de que, como hemos dicho, daña a los propios médicos y a la propia medicina— es continuar como hasta ahora, en una situación de conflicto permanente y en la disposición de difundir la situación conflictiva a través de la prensa general [...]

Dentro de la medicina actual en España, muchas son las cosas objetivamente equivocadas. Desde estas páginas lo hemos venido comentando incesantemente, incluso vaticinando acontecimientos que luego se han producido: la difícil situación de los médicos jóvenes, los defectos estructurales en la enseñanza de la medicina, las carencias asistenciales, la ordenación sanitaria general del país, etc. Sería grave añadir a todos estos problemas uno más: el planteado por una pública difusión de una sucesión continua de conflictos médicos que inevitablemente determinan un deterioro en el prestigio del médico ante la comunidad nacional.<sup>25</sup>

Pero los conflictos surgen por todos los lados, como estamos viendo.

25. Editorial en *Tribuna Médica* (18-febrero-1972), p. 5.

La excepcional duración de la carrera de la medicina, la ausencia de personal no-médico en los hospitales, la continua dependencia de otros colegas en el ejercicio profesional, la tensión del trabajo y la intensidad del horario, la importancia de los problemas éticos, todo ello obliga a pensar que el médico crea en su entorno una «cultura profesional» en la que sus normas son interiorizadas por sus miembros. Esa interiorización normativa supone que el médico es normalmente conservador en sus juicios profesionales, sumiso al control corporativo y resistente a la innovación. Cuando los jóvenes facultativos dejan por un momento de acercarse a ese modelo y, al contrario, pretenden, como hemos visto, una reforma de la sanidad, no es de extrañar que el cuerpo se extrañe y se escandalice. Un médico rebelde es una incongruencia para la profesión médica institucionalizada. Es muy posible que los futuros graduados no estén dispuestos a ingresar en esta Clase Médica.

### *Estudiantes, graduados, e investigadores*

Las tensiones que hemos visto entre los distintos conceptos de lo que es enfermar y curar, y la ruptura generacional que comporta, se traducen de manera más acentuada en el ámbito de los estudiantes de medicina, los recién licenciados. El *clavage* entre esta cantera de médicos y los Colegios de Médicos —para no hablar de otras entidades públicas— es radical.

La educación impartida en las facultades de medicina entra en crisis no sólo (ni fundamentalmente) porque se cumpla de manera deficiente lo que propugnan los programas, sino porque estos programas son en sí mismos deficientes. Lo son por su aspiración de una *idea* de médico estática, establecida y general, cuando en realidad hemos visto que es el todo cambiante. Simplemente hoy se exige del médico un repertorio de papeles algo distinto de lo que le ha caracterizado en otras épocas. De ocuparse «libremente» de la curación de un mal orgánico ha pasado a ser parte de sistemas burocráticos encargados de resolver situaciones sociales, entre las cuales la enfermedad individual y orgánica es sólo una parte del problema, aunque sea la más importante o la más visible. Se espera del médico que profundice en los aspectos socio-genéticos y epidemiológicos de la enfermedad, que sea un directivo en una complicada burocracia hospitalaria pero en la facultad se le enseña muy poco de esos conocimientos extragalénicos.<sup>26</sup>

26. He aquí una muestra de las nuevas expectativas que se colocan en la en-

TABLA 5  
Percepción del trabajo futuro por los estudiantes de medicina

Tipo de trabajo futuro	% consideran probable				% consideran deseable					
	Muy	Bast.	Algo	Poco	Nada	Muy	Bast.	Algo	Poco	Nada
Pluriempleo	27 %	24	19	10	12	1 %	2	3	17	70
Ejercicio privado	14 %	26	22	16	15	6 %	16	16	23	31
Ampliación de estudios en el ex- tranjero	12 %	15	31	27	9	56 %	25	9	2	2
Subempleo (p. e., visitador)	5 %	7	15	25	39	1 %	1	1	8	32
Docencia	4 %	5	19	32	31	15 %	17	14	21	25
Investigación	3 %	6	18	45	21	36 %	25	18	10	6

mayoritaria es dedicarse al ejercicio privado (en muchos casos con la ayuda de la familia) y con varios empleos. Ante esta serie de contradicciones ¿cómo extrañarse del malestar estudiantil en las facultades de medicina?

Otro de los temas que suscitábamos en nuestra encuesta a los profesionales era el de la investigación. El problema se relaciona muy estrechamente con las oportunidades de empleo, el trabajo de los internos y los planes de enseñanza. Un acuerdo bastante notable que se deriva de algunas entrevistas es que la práctica médica, la aplicación de los conocimientos, es algo que se ha desarrollado en España con un nivel aceptable. En cambio, el retraso es evidente en las ciencias básicas, en la investigación biológica, química o física. La mayoría de los entrevistados (médicos, psiquiatras y farmacéuticos) se quejan de la falta de medios económicos como pieza clave en la denuncia de la escasa investigación médica. Con todo, algunas opiniones objetan el carácter tópico de ese argumento y se pronuncian por definir unos objetivos más urgentes que los de investigar. Ésta es una muestra: «Es un tópico hablar de la falta de medios económicos con que deben desenvolverse los centros de investigación. Conviene plantearse esta falta de medios. Sin una verdadera política médica de masas que permita cubrir las necesidades básicas de la población, resulta en cierta manera inmoral emprender onerosos quehaceres *de lujo*». Pero, en conjunto, las críticas se dirigen a negar la capacidad al sistema de educación-investigación para generar ciencia. He aquí el duro juicio de uno de los entrevistados, precisamente uno de los pocos entregados de lleno a la enseñanza y la investigación:

La situación actual de la investigación médica es mala; no tiene nada que ver con lo que se está haciendo en los países más avanzados. Falta tradición, dinero, organización y una moral de autenticidad. Nadie hace las cosas por sí mismo sino por motivos secundarios. En este caso se hace investigación en todo caso para sacar una cátedra, para tener más visitas, por vanidad, etc. Pero para todo eso es preferible escribir libros o dar conferencias. La investigación implica un mundo en el que la falsedad sea mínima. Pero en nuestro caso, no hay cosa que responda a su nombre. No es el mundo para la ciencia.

La postura derrotista aparece en algunos casos como consecuencia lógica de un examen objetivo de nuestra capacidad investigadora. Así, uno de los entrevistados, situado en un puesto oficial, nos aseguró que «lo que hay que haber es volver a la agricultura y la ganadería; podríamos así

abastecer a Europa y no pretender ser como ellos». Resuena más de lo que parece el «que inventen ellos» unamuniano. Desde luego, el realismo de los estudiantes es grande cuando tan pocos consideran probable la dedicación a actividades investigadoras. Pero, por otro lado, el idealismo es sorprendente cuando a tantos todavía les gustaría dedicarse a investigar. La contradicción está no en los estudiantes de medicina sino en la propia profesión médica española. Desafortunadamente todavía se nos aplica el dicho italiano de que *«la medicina e quella scienza che insegna al rico como curarsi, e dice al povero como potrebbe curarsi si fosse ricco»*.

AMANDO DE MIGUEL

Departamento de Sociología  
Universidad de Valencia  
Valencia