



Esta es la Clínica de la Concepción-Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, que, junto con el Hospital General de Asturias, fue la institución que inició los programas de docencia para posgraduados en España. Para los médicos internos y residentes que acceden a sus plazas ofrece no sólo la ventaja de poder realizar el rotatorio y las especialidades, sino el que ello tenga lugar en el marco de una de las instituciones hospitalarias con más alto nivel científico del país, por su cuadro médico —en calidad y número elevado—, las instalaciones y la organización en general. En ambos centros este alto «standard» clínico-asistencial suele coincidir con una mentalidad abierta, que trasciende en el régimen interno y la organización de las estructuras hospitalarias rectoras. En el hospital ovetense, los propios internos integran el comité de selección que decide las admisiones de sus futuros compañeros, que se decide democráticamente en base a unos criterios que tienen en cuenta no sólo los expedientes de calificaciones académicas y «currículum» médicos, sino las inquietudes culturales e ideológicas.

LOS NUEVOS MEDICOS

UNA vez vista, en el capítulo anterior, cuál es la configuración de la enseñanza de la Medicina, la perspectiva va entrando en el campo focal de la profesión. ¿Cuáles son las posibilidades reales que se ofrecen a los alrededor de dos mil graduados en Medicina y Cirugía que cada año terminan sus estudios? Para avanzar en este terreno hay que considerar una doble perspectiva. Por una parte se plantea el problema de la formación para suplir las deficiencias del sistema pedagógico y sobre todo la virtual ausencia de experiencia práctica. Y, por otra parte, la inserción en un engranaje que permita afrontar la supervivencia económica. Am-



POSTGRADUADOS, INTERNOS Y RESIDENTES

GUILLERMO LUIS DIAZ-PLAJA

bos aspectos están interconectados...

Un título teórico

Tras aprobar la última asignatura del último curso y la colegiación (los exámenes de tipo global —licenciatura— y los cursos de doctorado, y su correspondiente tesis, son opcionales), el estudiante abandona su situación de expectativas y adquiere un «status». La sociedad, a partir de la fecha de expedición de su título, le concederá la condición semi-sacerdotal —tradición ininterrumpida desde las civilizaciones más antiguas, llámesele hechicero, chamán o mago— y le abre un crédito de

LOS NUEVOS MEDICOS



La toma de contacto con el enfermo como realidad no sólo clínica, sino humana, psicológica, social, redonda en los programas de docencia de médicos internos y residentes, en una «praxis» cotidiana que provoca un enriquecimiento progresivo de su formación. La iniciación —desde las técnicas exploratorias hasta las terapéuticas más complejas— a la asistencia en régimen de responsabilización es un sutil proceso dialéctico de intercambio de informaciones.

respeto a su saber. Le llama «doctor». Escasos doctores en otras ciencias oyen darse este trato, mientras que cualquier médico —desde el premio Nobel en potencia hasta el más incompetente— recibe el apelativo. Y, desde luego, no es temerario afirmar que la confianza incondicional que la sociedad y la legislación vigente ponen en la figura del recién graduado es desmesurada y un tanto irresponsable. Porque en la mayoría de los casos, para lo que están capacitados esos médicos es para seguir —iniciar, casi— un aprendizaje y una especialización que procure un nivel de formación adecuado para las necesidades asistenciales.

Esta es la resultante de los testimonios recogidos. Los nuevos médicos han sido unánimes en reconocer lo imprescindible de una formación posgraduada, o lo que es lo mismo, la insuficiente formación de la carrera. A partir de ese momento se configura la tensión entre las necesidades docentes y la oferta de puestos idóneos: casi nueve de cada diez posgraduados tendrán que renunciar a una de las trescientas (más o menos) plazas de internos y residentes que existen. Esto remite a una problemática de los nuevos médicos divergente: según hayan tenido o no acceso a plazas de residente. Cuantitativamente es más importante la situación en general de los no residentes, no sólo porque afecta a la mayoría, sino porque les pone brutalmente en contacto con unas coordenadas de «praxis» profesional —pluriempleo, submedicina, rutina, etcétera— a cuyos engranajes es difícil sustraerse en función de la economía, y casi siempre en detrimento del rigor científico. No obstante, la cuestión de los residentes tiene cualitativamente más importancia en la medida que representa de modo ineluctable el futuro hacia una Medicina racionalizada en la formación, en la concepción rigurosamente de equipo, hospitalaria y de vocación, al mis-

mo tiempo científica y social. Por ello mismo, los problemas que surgen —y que están de poderosa actualidad— remiten a una serie de consideraciones fundamentales a la hora de enjuiciar su papel en la estructura sanitaria. Porque para centenares de alumnos de Medicina, la totalidad hasta hace unos años, la práctica virtualmente inexistente durante los estudios se intentaba paliar con una asistencia voluntaria a hospitales y clínicas que «transigiesen» en la presencia pasiva de los pre o posgraduados. Pero de esa situación de voluntariedad arrancaba su propia ineficacia. Transcribo de un informe profesional: «La formación práctica llegaba hasta allí, donde el cansancio y el aburrimiento de mirar sin participar...». De este modo, «... los mínimos formativos quedaban así en dependencia de criterios personales».

Una ulterior etapa (1962) intentará paliar esta anarquía docente y crea la figura del médico interno. Mediante un año de internado rotatorio —durante el cual es obligatorio el paso por las cuatro principales divisiones del ejercicio médico: Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, y Pediatría-Puericultura—, en nuestro país se inicia el programa de residentes, del que vamos a hablar. Esta «praxis» elemental, en la mayor parte de países está incluida en la formación pregraduada, de modo que nadie se gradúa en Medicina y Cirugía sin recibir esta iniciación elemental. En nuestro país sólo una minoría (entre el 15 y el 20 por ciento) de los médicos la recibe. Significa, pues, que la mayoría pasa al ejercicio profesional sin ella, de forma que cada cual a su modo intenta suplir —si lo consigue y cómo es una angustiosa incógnita social— aquello a lo que no ha tenido acceso por no estar previsto ni en su plan de estudios pregraduados ni como requisito obligado al término de la carrera.

Las especialidades: cuatro vías legales, una científica

Ahora bien, a la hora de elegir las dos grandes opciones —Medicina general o una especialidad— nuestra legislación es coherente, valga la paradoja, con las oportunidades que ha brindado de formación pre y posgraduada. Como sea que la inmensa mayoría de los posgraduados no ha tenido plaza de interno, de las formas que prevé para la legalización de una especialidad, también en su mayoría dejan campo libre al crite-

rio individual. Es decir, el Estado y su institución oficialmente veladora de la Medicina admiten como válidos para obtener el título de especialista los siguientes métodos:

A) Por el hecho de estar matriculados de una determinada especialidad —la que el interesado declare—, en el Colegio de Médicos se le reconoce al cabo de dos años de haberlo registrado.

B) El hecho de presentarse a unas oposiciones y ganarlas significa también automáticamente el reconocimiento de la especialidad a que correspondieren.

C) El certificado de haber segui-

LOS NUEVOS CONDICIONAMIENTOS PROFESIONALES DEL MEDICO

JOSE AUMENTE

do y aprobado unos cursos en alguna de las escuelas de especialización que existen.

D) Para los médicos que acabaron la carrera dentro de los dos años siguientes a la puesta en vigor de la Ley de Especialidades de 1955, y soliciten que se les exima de los requisitos ordinarios y se acogen a las disposiciones transitorias. Para ello puede ser suficiente el haber practicado en la especialidad.

Los comentarios surgen por sí solos. Toda la legislación en que se apoyan (Ley de julio de 1955 sobre enseñanza, título y ejercicio de las especialidades médicas, Reglamento a la misma Ley Decreto de diciembre de 1957, y otras disposiciones normativas de 1958 y 1962, y la Orden de Educación y Ciencia de 1965 sobre Escuelas Profesionales) parece adoptar un criterio de amplitud que, lejos de apoyar al rigor de quienes con esfuerzo se hayan preparado concienzudamente del mejor modo que ha estado a su alcance, les perjudica equiparándolos a posibles facultativos de formación escasa o dudosa y práctica basada en pilares científicos de escasa consistencia. Sólo el tercero de los procedimientos previstos puede tener validez y aun con reservas. Porque las escuelas de especialidades alinean, al lado de centros mundial o nacionalmente reconocidos por la figura o figuras médicas indiscutibles que los dirigen y el nivel de las enseñanzas teórico-prácticas impartidas, algunas otras que no tienen el nivel necesario. Estas, por escasos recursos clínicos o insuficiente rigor pedagógico, se convierten de hecho en una máquina burocrática lucrativa —los derechos pueden ser considerables— que expide certificados con una cierta frecuencia. Ahora bien, dentro de este método de acceso a la titulación de especialidades hay que incluir como



Los programas de médicos internos y residentes son especialmente justificados para las especialidades de tipo quirúrgico. Los posgraduados que no tienen acceso a ellos encuentran serias dificultades para tener la oportunidad de un aprendizaje racional y progresivo de las técnicas operatorias a las que deben iniciarse muchas veces sólo como espectadores. Los MIR que tengan un programa de docencia bien estructurado, van avanzando por el complejo campo quirúrgico por sus propios pasos pedagógicos, pero con sus propias manos en régimen de progresiva responsabilización que incluye unos mínimos de intervenciones que anualmente deben realizar en orden creciente de menor a mayor importancia.

método óptimo la residencia en el departamento correspondiente de un hospital que disponga de un mínimo programa de docencia. De esto hablaremos en extenso. Pero antes hay que hacer constar que la irracionalidad del sistema propicia situaciones injustas en las que cientos de posgraduados con vocación de estudio y dedicación a su especialidad no han tenido durante años acceso a métodos docentes que merezcan tal nombre. Y, sin embargo, han realizado esfuerzos autodidactas en la teoría, o bien han tomado el camino esforzado de un pluriempleo en el que la mitad o más de la jornada laboral se ha dedicado a actividades no remuneradas, pero que le permitan una «praxis» clínica o la permanencia al lado de un gran maestro. De este modo su preparación ha dependido en muchas ocasiones —la casuística es muy variada— del esfuerzo físico y mental de jornadas agotadoras, y en otras de la resistencia económica propia o familiar para paliar deficiencias materiales, o de la capacidad de maniobra en el sutil sistema de relaciones personales con facultativos o instituciones en el que cuentan las coyunturas, las relaciones y demás imponderables. Interesa que quede claro, pues, la figura del especialista válido y sobresaliente contra viento y marea que han sido capaces de conjurar un sistema que no propiciaba ni material ni moralmente el esfuerzo y el rigor. Sistema que legalmente equipara esas ejecutorias ejemplares a posibles desaprensivos o desprecupados que hayan podido dedicarse a la organización de una buena red de pacientes.

Existe también la fórmula extranjero. Un número alto y creciente de médicos, en los primeros años de su profesión intentan conseguir becas o contratos para ir a realizar

Ejercicio de la profesión médica. Como todo en el mundo, evoluciona a un ritmo progresivamente acelerado. Una evolución que procede de la interrelación y confluencia de una serie de factores no ya exclusivamente científicos, técnicos, sino también, a veces en primer plano, por la influencia de condicionamientos sociales, económicos, incluso políticos.

En esta evolución, quizá el hecho más importante y llamativo sea la interferencia continuamente progresiva de nuevos elementos en la relación médico-enfermo. La Medicina, por la propia evolución científica de ella misma y por la de la sociedad en que se ejerce, ha dejado de ser una relación directa entre enfermo que solicita ayuda y médico que se la presta. Entre uno y otro se van situando —y aumentando— todo un conjunto de barreras, pantallas o aditamentos que progresivamente crecen, se multiplican hasta constituir muchas veces el papel prevalente.

No darse cuenta de esta realidad puede constituir —y de hecho constituye— el principal error de los médicos de nuestro tiempo, aferrados a una problemática que ampliamente está rebasada. De aquí que juzguemos como la más urgente necesidad para nosotros de esta hora la de ser re-

listas e intentar por lo menos ver un poco más claro.

Y lo primero —insistimos— es darse cuenta de toda esta cantidad de nuevos factores que escapan al dominio del médico, que se le van de entre las manos; no son propiamente suyos y, sin embargo, quiera que no, le condicionan decisivamente.

Una simple enumeración de los mismos puede ya suponernos, de entrada, percatarnos de su complejidad creciente.

I) Factores técnicos.

Por un lado:

a) **Diagnósticos**, con la multiplicación creciente de las técnicas exploratorias y el consiguiente incremento de los medios —aparatos— necesarios para ellas.

Y por otro:

b) **Terapéuticos**, con el complejo mundo de la industrialización y comercialización farmacéutica, en un campo, y la terapéutica superespecializada en centros a efecto, en otro. Ambos desbordan al médico.

ii) **Factores económicos**.—Constituidos por el progresivo incremento del coste de la salud que todo ello está produciendo. La economía impone sus condiciones al ejercicio profesional.

iii) **Factores administrativos**.—

Constituidos por la complejidad creciente de los mecanismos burocráticos encargados de la organización sanitaria. Ellos planifican el ejercicio profesional del médico.

IV) Factores sociopolíticos.

a) En cuanto a la Seguridad Social, representa una conquista reivindicativa realmente insoslayable.

b) Desde el momento en que la Seguridad Social supone una línea política conveniente al sistema.

Por ambas razones, el ejercicio profesional pasa a estar sujeto a los poderes públicos.

Lo verdaderamente importante en la línea que marcan todos estos factores es que ellos conducen, por una parte, a interferir la relación médico-enfermo, haciéndola cada vez más compleja. Y por otra, todos también influyen decisivamente en que la socialización total del ejercicio profesional médico se vaya convirtiendo en una necesidad que se impone por sí misma. Los hechos están ahí, presentes, y es inútil cerrar los ojos ante los mismos.

I. EXIGENCIAS TÉCNICAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Es un hecho evidente la complejidad creciente de los medios de diagnóstico

co y tratamiento. Averiguar primero lo que tiene el enfermo y tratar después la alteración diagnosticada no son ya unas actividades sencillas que puedan resolverse directamente, de tú a tú, entre médico y paciente. Será así para las alteraciones triviales de una Medicina casera, de consulta rural o visita domiciliar, pero nada más. Las complejidades técnicas se suelen ir interponiendo, crecen elefantíacamente hasta destruir a veces toda posibilidad de relación médico-enfermo.

En este sentido, la revolución que supuso la introducción de la auscultación mediata de Laënnec a través del fonendoscopio, o sea, la objetivación de signos que permitieran enjuiciar lo que ocurre en el cuerpo, ha seguido creciendo y ampliando su brecha. Desde entonces, los progresos de la exploración siguen al mismo ritmo que los avances de las ciencias de la Naturaleza. Y el enfermo se convierte, en este sentido, en un objeto que exige ser estudiado y analizado. Entre médico y enfermo se interpone así todo el fabuloso aparato de la técnica exploratoria moderna.

Y no es solamente una muy especializada técnica de examen, un análisis de laboratorio, una placa radiográfica, un trazado electrocardiográfico o

programas de formación que garantice el aprendizaje de especialidad, fundamentalmente en los Estados Unidos y Gran Bretaña. La importancia de este tema requerirá un tratamiento específico. Pero primero hay que hablar de los residentes.

Internos y residentes: de la conciencia médica a la conciencia socioprofesional, pasando por la conciencia hospitalaria

Los conceptos de interno y residente van ligados mientras la enseñanza de la Medicina no incluya en sus planes un período obligatorio de rotatorio. Aunque a lo largo de la preparación de mi informe he conocido a bastantes médicos internos y residentes, prefiero, a la hora de dar una definición, acudir a un texto oficial del Seminario que la agrupa para el estudio de la defensa de sus intereses (SMIR).

«Médico interno-residente (MIR) es un licenciado en Medicina que ejerce su profesión en un medio hospitalario, durante un tiempo limitado, en condiciones de responsabilidad progresiva, programada y supervisada, para completar su formación básica y adquirir así el grado de especialización y conocimientos que el moderno ejercicio de la Medicina, condicionado por las necesidades de la sociedad, exige».

Esta definición corresponde a una



El grado de atención médica que un buen centro hospitalario está en condiciones de dispensar se mide por la complejidad del proceso exploratorio que incluye el mayor número de verificaciones clínicas analíticas posible. Los MIR que viven su formación en estas coordenadas científicas, adquieren un grado de aprovechamiento y experiencia médicas muy superior a otros posgraduados que no tengan oportunidad de hacer este tipo de práctica. Tanto por el número de casos que ven al cabo de un día, de un mes, de un año, como por el tipo de asistencia que se les dispensa, la mayoría de MIR sólo querrán en su vida profesional hacer medicina hospitalaria.

figura muy similar, por no decir idéntica, a la que existe en Estados Unidos. Con una diferencia fundamental. Allí existen mayor número de plazas de residentes vacantes que de graduados en Medicina. (Eso explica que tantos españoles y extranjeros en general acudan a Estados Unidos como residentes.) En España se invierten las proporciones y sus implicaciones son muy condicionantes. Teniendo en cuenta que cada año se gradúan en Medi-

cina de 1.500 a 2.000 estudiantes y que el número de plazas totales de residentes —que incluye cuatro años de prácticas— es de una cifra que oscila también entre las 1.500 y 2.000, el resultante es que —dado que el programa dura cuatro años— el número de vacantes es una cuarta parte. Si cada año terminan de 350 a 500, este es el número de vacantes de primer año que se producen. Esta sencilla aritmética nos lleva a la conclusión de que por lo me-

nos las tres cuartas partes de los posgraduados no tiene acceso a la codiciada plaza. Estas salen a concurso cada año, pero sólo se tiene derecho a presentarse, caso de fallar la primera vez, durante los tres primeros años tras la obtención de la licenciatura en Medicina. Esta triste limitación numérica y temporal es, con todo, buena para los que gusten de consolarse comparativamente. Hace sólo diez años no existía ningún hospital español con programa de docencia y, por tanto, no se admitían residentes en cuanto tales.

Para hacer una somera historia, fue en 1962 cuando el Hospital General de Asturias, fundado y dirigido por un grupo de médicos jóvenes recién regresados de los Estados Unidos, quisieron aplicar los esquemas hospitalario-docentes que habían vivido allí. Los primeros en seguir la experiencia serían la Clínica de la Concepción, en Madrid, y el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona. Actualmente pasan de veinte los centros con programa docente. Tras un período de rodaje en el que las incorporaciones se sucedían, las cosas no podían tener el rigor que los programas de posgraduados exigen, y la buena voluntad y la improvisación podían suplir deficiencias de medios u organización. Cinco años después surge, a nivel nacional, el Seminario de Hospitales con Programas de Graduados, que agrupa a los centros de tales características. Sus objetivos, entre otros

LOS NUEVOS CONDICIONAMIENTOS PROFESIONALES DEL MEDICO

JOSÉ RUBENSTEIN

electroencefalográfico, sino el cada vez más numeroso grupo de hombres técnicos. Incluso no médicos, los que se incluyen, interfieren y complejizan el acto médico. De aquí también que, como dice Pedro y Pons, «el médico de hoy no pueda vivir aislado, no pueda ejercer con su propio saber e inspiración una profesión que es cada vez más compleja y exige mayor suma de conocimientos».

El hecho es que la Medicina privada, la Medicina en consultorio particular o visita domiciliar sea cada vez más una Medicina de problemas triviales, una Medicina artesanal y para «salir del paso». Por el contrario, la interposición de una industria superespecializada se hace cada día más manifiesta. Como dice H. Pequinot («Medicina y sociedad», página 48), «la evolución técnica ha impuesto la constitución de centros dotados de un instrumental extremadamente complejo y costoso, atendido por un personal numeroso y muy especializado, elementos sin los

cuales los resultados terapéuticos no son obtenidos con la regularidad y la seguridad que pueden legítimamente exigirse». Se imponen servicios tan superespecializados como puedan ser una unidad de coronarias, de Medicina nuclear, respiración artificial, etcétera.

Ya en 1956 el Massachusetts General Hospital, con 1.012 camas y con sólo 10 unidades electrificadas de las 45 que tiene, utilizaba para ello, a pleno tiempo, los servicios de seis supervisores, doce programadores, ocho analistas, tres operadores y catorce agentes diversos; por lo tanto, 52 ingenieros médicos. Y la Clínica Infantil Akron, con sólo 253 camas, pero con todos los servicios conectados con «terminales», cuenta, aparte del antiguo personal, con doce ingenieros médicos a pleno tiempo.

Por otra parte, «la Medicina es hoy una de las actividades que más se están beneficiando del empleo de ordenadores electrónicos. También hay que añadir que es el ámbito en donde más promete la utilización de estas nuevas técnicas» (Arch. Facultad de Medicina de Madrid, Mayo 70. V. XVII. Número 5. Alvarez Villar).

Así, pues, resulta evidente que las actualmente necesarias instalaciones técnicas, por costosísimas, sólo son asequibles a una financiación estatal, a la Seguridad Social o, en todo caso, a una incliativa privada en equipo. En este sentido, los médicos defensores del ejercicio privado habría que compararlos a los pequeños empresarios, comerciantes o artesanos del viejo capitalismo liberal. O sea, siguen con el ideal nostálgico del viejo liberalismo: contra los «trusts» y frente al

Estado, contrarios a toda colectivización en nombre y defensa de esa supuesta competencia leal que estimula la vocación y el deseo de trabajo. Cuando, en definitiva, son sueños románticos desfasados de la realidad. El propio desarrollo técnico de la Medicina les hace verse desbordados. Y contra la Historia no puede luchar. La Medicina privada es una Medicina técnicamente superada, incapaz de hacer frente a las nuevas necesidades.

Bien es verdad, no obstante, que la deformación degradante que tal proliferación y perfeccionamiento de la técnica puede originar es la de ver en el enfermo solamente un objeto que necesita ser investigado, analizado y tratado. Es decir, conducir a la cosificación del mismo. El enfermo es sólo un objeto analizado, una cosa instrumentalizada. Como dice Laín, «objetivando al otro, relacionándose con él con una intención pura y exclusivamente observadora, le mutila y degrada». Sería la manifestación más extrema y pura del «otro» sartriano.

Lo cual tiene, por otra parte, sus graves repercusiones sanitarias. Se trata de la gran legión de enfermos neuróticos y psicosomáticos que invaden clínicas y centros superespecializados, que consumen instalaciones, originan cuantiosos gastos en aras del descubrimiento de la alteración somática que justifique sus síntomas. Médicos y servicios se dejan confundir por ellos. Gastan tiempo y dinero. Porque no se trata de enfermos objetos —como ellos mismos y nosotros, los médicos, queremos hacer—, sino enfermos sujetos. Son los enfermos-

problemas que peregrinan de clínica en clínica.

En este sentido, también sabemos que el número de enfermos no precisamente somáticos, sino que tienen que ver con las vicisitudes de su vida, de sus circunstancias y sus luchas crece en una proporción aterradora y viene a constituir el principal porcentaje de los ambulatorios de la Seguridad Social. Es el reverso de la medalla que no puede ni debe perderse de vista. Las técnicas, cada día más costosas y especializadas, imponen su mundo fabuloso. Pero la relación directa médico-enfermo está exigiendo su exacta aplicación y difusión, su verdadera definición y sus justos términos.

La segunda vertiente de esta introducción de la técnica en la relación médico-enfermo está constituida por el cada día más complicado mundo de la terapéutica y, concretamente, de la farmacéutica. Independientemente de los más excepcionales casos que exijan tratamientos quirúrgicos o físicos o rehabilitadores muy especializados, el gran capítulo de la terapéutica, el que domina y se extiende masivamente a toda la población de cualquier país, es el de la industria farmacéutica. Entre prescripción de un medicamento y el acto de tomarlo o inyectarlo se incrusta toda esa complejísima vertiente, que escapa al control o la influencia tanto del médico como del enfermo.

De la importancia del mismo pueden darnos una idea el valor de la producción farmacéutica española en los últimos años y su vertiginoso aumento. Esta producción fue en 1960

LOS NUEVOS MEDICOS

de tipo coordinador, eran la definición de los requisitos que debían reunir los centros hospitalarios que quisiesen tener carácter docente. En junio de 1970 aprobaron unas Normas para la Acreditación de Hospitales, que no son más que la adaptación a la realidad española de las vigentes para el mismo asunto en Estados Unidos.

Es interesante transcribir el resumen esquemático de dichas normas que afectan a esos hospitales:

«Todo hospital que aspire a ser acreditado deberá reunir, al menos, las condiciones mínimas que a continuación se citan: I) **Administración.** A) Organos de gobierno... que asuman la responsabilidad moral y legal... ante el paciente, la sociedad y los organismos oficiales. B) **Planta física.** El edificio hospitalario debe estar construido y mantenido de manera que quede garantizada la seguridad del enfermo... C) **Servicios.** Deberá disponer de los siguientes: Dietética, Archivo Médico, Farmacia, Patología Clínica y Anatomía Patológica, Radiología, Urgencias, Biblioteca Médica. II) **Personal médico.** Debe existir un cuerpo médico organizado, responsable ante el enfermo y ante los órganos de gobierno... y de su propio nivel profesional y ético. III) **Personal de enfermería.** Debe existir un número suficiente de auxiliares técnicos sanitarios graduados y colegiados en servicio permanente...».

Ante estas normas, por mucho que a ojos profanos puedan sonar a abstractas, la inmediata conclusión que

provocan es pensar que se trata de controles de calidad que afectan tanto a la racionalización como a la técnica, pero que en definitiva redundan en la responsabilidad. Y la pregunta que surge es en qué medida los demás centros hospitalarios del país —públicos y privados— se acercan, o más bien se alejan, de estos «standards» mínimos y qué Medicina pueden ofrecer.

Es fundamental conocer las normas que complementan a las anteriores. El propio Seminario dictó los «Requisitos mínimos para la acreditación de hospitales para el programa de internado rotatorio y residencias». Transcribo lo más significativo: Tras definir el internado y la residencia y sus objetivos mixtos docente-asistenciales, pasa a los requisitos siguientes: Dotaciones clínicas: «Mínimo de cien camas y doscientas cincuenta admisiones por interno/año»; además incluye puntualizaciones como: «El número de camas asignadas a cada interno no debe ser menor de quince ni mayor de veinticinco». Y también: «Debe existir un Servicio de Urgencias bien organizado... en donde los internos y residentes tengan responsabilidad definida bajo supervisión permanente...», y sobre todo: «Los internos deben contar con supervisión de residentes o médicos en ejercicio durante las veinticuatro horas del día».

«El hospital debe organizar los servicios en los correspondientes departamentos... Los jefes de departamento deben tener dedicación

plena...». Siguen toda una serie de normas sobre cómo desarrollar una política departamental que incluya unos departamentos mínimos y también su organización funcional con operaciones indispensables —biopsias, autopsias, análisis, etcétera—, así como el funcionamiento permanente y centralizado de radiología, laboratorio y banco de sangre, así como especial énfasis en las historias clínicas y su estudio estadístico, asimismo centralizado. En cuanto al programa propiamente dicho, debe ser supervisado por el Comité de Acreditación de Hospitales para su aprobación anual, así como para el nombramiento de un director de educación. Tal programa debe cuidar, además, que el contacto del interno y residente con el enfermo sea continuo y permanente, así como responsabilidad. El programa debe incluir obligatoriamente sesiones científicas, en las que se discutan casos tanto normales como raros. Una reunión al mes y tantas como departamentos, como mínimo. Y en las de carácter seccional, una vez por semana. Existirán también comisiones del Comité de Acreditación que evalúen el rendimiento de los internos y residentes, y cada año el hospital debe remitir al Comité calificaciones.

El MIR: la figura y el conflicto

Yo quisiera hacer llegar a estas páginas la figura de los médicos

de 4.347 millones de pesetas, en 1965 pasó a 10.170 millones y en 1968 rebasó los 21.450 millones. (Estadísticas Industriales, Servicio Sindical Estadístico.) O sea, un crecimiento anual de un 20 por 100 aproximadamente. Las prestaciones farmacéuticas han supuesto para la Seguridad Social, en 1967, 10.468,6 millones, y para 1968, 13.315,8 millones.

Según el artículo de F. Mora del Río en el periódico «Informaciones» de 27 de septiembre de 1969, hay en España 614 laboratorios, que tienen empleados a 28.000 trabajadores. Este autor calcula el volumen de ventas anuales por encima de los 30.000 millones de pesetas. En Francia, según Pequinot, la industria farmacéutica cuenta con 35.000 obreros y una cifra de venta anual de cerca de los 50.000 millones de francos. Es evidente, pues, que los laboratorios viven en todo el mundo un intenso «boom» productivo.

Y no se trata solamente de la fabricación de productos farmacéuticos, sino que esta producción tiene una vertiente previa de investigación costosísima. Según cálculos de Dunlop («British Medical Journal», 8-XII-62, citado en «Cuadernos para el Diálogo»), la obtención de veinte medicamentos nuevos exige 1.200.000 ratas, ratones, conejos, junto con 16.000 gatos y perros. Y después, en otro campo, una vez conseguido el producto, aparece una vertiente de comercialización también en fase de complejidad creciente.

En primer término, la promoción del producto. Según algunas estadísticas, los laboratorios españoles gastan en

publicidad anualmente 3.800 millones de pesetas. El 60 por 100 de esta cantidad implícita en la tarea de los vendedores médicos. Según estimaciones realizadas, los gastos de promoción suponen el 25 por 100 del valor de la producción en Estados Unidos, del 12 al 20 por 100 en Francia, el 12 por 100 en Inglaterra, y aproximadamente, el 20 por 100 en España. («Cuadernos para el Diálogo», artículo de Alberto Rodríguez Muñoz.) Los gastos de envases y embalajes —para hacerlos mejor presentados— se han cuadruplicado en el espacio de ocho años.

A todo esto habría que agregar el siguiente capítulo, constituido por la comercialización farmacéutica, y del que forman parte toda la red de centros de distribución y, finalmente, los despachos de farmacia, distribuidos por los más apartados rincones del país, y también con sus amplios márgenes comerciales.

Como afirma H. Pequinot en su libro (página 45, «Medicina y Ciencias»), «no es, pues, completamente indiferente para el porvenir de la Medicina que se extienda sobre ella el dominio de una gran industria de forma capitalista, dirigida por hombres que son frecuentemente, ante todo, industriales y comerciantes».

La conclusión final que se deduce de todo esto es bastante clara: médico y enfermo se consideran inermes, desarmados y, lo que es peor, a expensas totalmente de ese poderosísimo montaje de industrialización y comercialización de aquellos medicamentos que uno ha de prescribir y otro ha de usar.

II. EXIGENCIAS ECONOMICAS DEL EJERCICIO PROFESIONAL

La confluencia de estos dos tipos de factores, diagnósticos y terapéuticos, y su incremento masivo, suponen ya de por sí una elevación fabulosa de los costes sanitarios. Es un hecho que se está produciendo en todo el mundo: los gastos de asistencia médica se están acrecentando considerablemente. O sea, está subiendo en una proporción asombrosa el consumo médico, consumo de bienes y servicios que tienen por finalidad el diagnóstico y tratamiento de las afecciones patológicas.

Este consumo se está convirtiendo, en algunos países, en el segundo o el tercero, por su cuantía. En Francia, por ejemplo, crece en una proporción del 7 por 100 anual (ponencia del doctor Fournier, en los Coloquios sobre Seguridad Social Europea, 1969). Se trata de un crecimiento más rápido que el del producto nacional, y más rápido, igualmente, que el del importe de los salarios y remuneraciones. En un estudio de René Sand («Concours Médical»), de 1951, se estimaba entonces, aproximadamente, el 4 ó 5 por 100 de la renta nacional la suma gastada en necesidades médicas de los países occidentales (Francia, Bélgica, Inglaterra, etcétera). Doscientos mil millones de francos 1952 representan en Francia los gastos del Seguro de Enfermedad. Quinientos mil millones de francos representó el presupuesto del Servicio Nacional para la Salud, en Inglaterra.

Y no es sólo, como hemos visto, por el incremento de productos farmacéuticos, sino también los hospitalarios.

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA

La revista TRIUNFO, en sus números 454 y 455 de febrero pasado, publicó un amplio y documentado informe sobre la realidad asistencial de la Psiquiatría en nuestro país. Este importante trabajo ha sido realizado por nuestro colaborador GUILLERMO LUIS DIAZ-PLAJA.

Por su enorme interés para los profesionales de la Medicina, ofrecemos nuevamente estos números.

Para recibirlos en su domicilio bastará con que ordene remitirnos el cupón que figura al pie de este escrito. (Enviarlo a TRIUNFO, Conde Valle de Sanchill, 20, Madrid-15.)

Sr. administrador de TRIUNFO

Le ruego me envíe por correo los siguientes ejemplares:

NUM. 454 EJEMPLARES

NUM. 455 EJEMPLARES

El importe de ptas. (20,— ptas./ejemplar) lo remito mediante

Giro postal núm.

Sellos de correo adjuntos.

Quedo enterado de que los ejemplares me los remitirán libres de cualquier gasto de envío.

REMITE:

D.

Domicilio

CIUDAD

Fecha,

Firma:

LOS NUEVOS MEDICOS

internos y residentes. Y dar la imagen real de estos médicos jóvenes, apasionados por su profesión, a la que están dando todo cuanto es exigible y bastante más. Quisiera dejar constancia escrita y clara de estos nuevos médicos por antonomasia, que encarnan la figura de una concepción de la Medicina hospitalaria, es decir, a la escala de la sociedad y de la ciencia. Era importante que los textos definitivos y legales, un tanto fríos, que acabo de resumir ocupasen un lugar en esta encuesta que ayude a comprender la seriedad de los programas, el rigor de la concepción científica y el alto esfuerzo que exige su desarrollo. El esfuerzo es, por una parte, de las instituciones; por otra, de los propios jefes clínicos, que han de colaborar —además de y durante el ejercicio de su labor asistencial—. Pero también, y muy principalmente, de los propios internos y residentes. Yo les he visto en su propio medio, les he oído hablar, sé cuál es su vida. Y hay que dar fe de su entusiasmo, que supera el concepto de sacrificio. Y a la inversa que sus superiores deben poner su ahínco en aprender además de sus labores asistenciales. Pero por lo que yo sé de su apretado horario, por las labores que desarrollan, por las misiones en régimen de responsabilidad creciente que desempeñan, acaso sea lo más difícil de delimitar dónde está la frontera entre lo que aprenden y lo que participan en la marcha hospitalaria.

La figura del residente es una pieza clave del engranaje hospitalario.

Toda una cuestión de «status» mal definido o mantenido voluntariamente en una ambigüedad de valor utilizable según las circunstancias ha envenenado una cuestión que a mí me ha parecido clara. Quienquiera que lea los estatutos de funcionamiento de los hospitales con programa de docencia que acabamos de resumir, y quienquiera que se tome la molestia de visitar un hospital de este tipo, podrá comprender el rol dual de los internos y residentes. Su permanencia hospitalaria tiene caracteres tanto discentes como asistenciales en proporciones muy difíciles de fijar, no sólo cuantitativamente, sino cualitativamente, porque muchas de ellas se confunden. Y discutirlo representa no sólo miopía —cuando no mala fe—, sino no entender el sentido mismo de los programas de docencia, basados en una sutil relación dialéctica maestro-discípulo, en el que la enfermedad-enfermo es un punto de referencia común y con unos circuitos de información multipolares, como los datos y variables clínicas, que pueden reenviar a perspectivas siempre más ricas. «Yo he aprendido más de mis discípulos que lo que ellos puedan haber aprendido de mí», me decía un jefe clínico del Hospital General de Asturias durante el recorrido que de él hice, y me confirmaba la opinión de otros varios médicos encuestados en otras ciudades: que la Medicina hospitalaria ganaba en riqueza y calidad con la presencia-incentivo de los internos-residentes. La constante discusión fecundaba

la ciencia y vacunaba contra las rutinas.

El conflicto de los residentes del Psiquiátrico de Oviedo, del que TRIUNFO ya informó en su día, no ha hecho más que sacar a la superficie, como un iceberg que muestra mucho menos de lo que oculta, una compleja problemática. Y las limitaciones propias del sistema de nuestra información, así como el centrarse en los aspectos concretos de la actualidad, han impedido exponer con amplitud y fidelidad una problemática que viene planteada desde hace tiempo. El hecho ha surgido en Oviedo y por un aspecto concreto, pero podía haber surgido antes en cualquier otro hospital docente por otra razón concreta que a su vez también estaría circunscrita en una problemática más amplia. Para hacerse una idea de la complicada gama de cuestiones que dimanaban de la condición —mal definida, mal regulada, mal valorada— de internos y residentes, basta con leer algunos de los documentos de trabajo del SMIR (Seminario de Médicos y Residentes) como los que intento resumir y transcribir.

Uno de ellos hace intento de clasificación sistemática de los problemas, que divide en: I) Formativos. II) Profesionales. III) Económicos. IV) Sociales. En el grupo I) incluye: a) Actual insuficiencia de plazas de internos y residentes. b) Admisión con selección rigurosa de los candidatos a los programas formativos. c) Ausencia de los médicos posgraduados en la Comisión

de Admisión del centro. Justificación de su necesidad. d) Necesidad de programación completa. Programas detallados para la especialización. e) Necesidad de especificar con claridad los deberes y derechos de los médicos internos y residentes. Justificación de ella (puede suceder que el exceso de asistencia vaya en detrimento de la formación).

En cuanto al apartado II) (problemas profesionales): a) Necesidad de prever las plazas vacantes con antelación suficiente (relación con orientación profesional). b) Carencia de información de las plazas vacantes. c) Necesidad de fichero de especialistas formados con todas las garantías. Entre los problemas del tipo económico destacan: a) Condición de becarios. b) Carencia de seguros sociales. c) Descuentos.

En cuanto a los problemas sociales, se habla del alargamiento formativo, es decir, que a los seis años de carrera se unen cuatro años de especialización con sus implicaciones familiares y económicas.

Al leer los problemas de este documento entre las reflexiones que surgen, algunas remiten a los documentos que hemos resumido y transcrito anteriormente sobre los planes de docencia hospitalaria (en la medida que no se adaptan a ellos); otros son claros exponentes de una política de formación de posgraduados francamente anémica, en vista al número de plazas exigido. Pero la mayor parte de ellas sugieren la exigencia urgente de redefinición sobre bases reales y

LOS NUEVOS CONDICIONANTES PROFESIONALES DEL MEDICO

JOSÉ ARMENTE

En Norteamérica, por ejemplo, los costos médicos están aumentando en proporción doble a los precios generales del país. En comparación, los de hospitales lo hacen en una proporción tres veces mayor que este alza del costo general de la vida. El propio director general de Sanidad en España, doctor García Orcoyen, dijo, con ocasión del I Congreso Nacional de Hospitales (junio 69, Barcelona): «En todo el mundo es constante y está de plena actualidad la preocupación por el rápido incremento de los gastos hospitalarios». Según refiere, las cifras recogidas en trabajos de Faltermayer y de Mecklin, en Estados Unidos, son alarmantes en cuanto al rápido y progresivo aumento de costos. En nuestro país se está produciendo un fenómeno parecido.

A este aumento general de los gastos médicos contribuye además, aparte del progreso de las técnicas médi-

cas —hospitales, medicamentos farmacológicos—, otra serie de nuevos factores, como son los siguientes:

a) Aumento proporcional entre la población del número de niños y ancianos, que son precisamente los que más consumen asistencia médica. Los niños lo hacen en una proporción de más del doble que los adultos, y los ancianos (entre sesenta y setenta), más del triple.

b) El desarrollo de la sociedad burguesa capitalista, sociedad competitiva y depredadora, sometida a crecientes tensiones, contribuye a que aumente la morbilidad psicosomática.

c) El progreso social del hombre en el seno de una sociedad competitiva —pequeña burguesía en ascenso— crea la convicción en él de que no se puede consentir que su «motor humano» funcione mal o se deteriore. Utiliza, pues, en abundancia servicios y medicamentos.

d) La extensión de la cobertura social del riesgo de enfermedad hace que el «derecho a la salud» sea quizá usado y utilizado como ningún otro derecho humano.

Ahora bien, este aumento general del coste sanitario incide simultáneamente sobre médicos y enfermos. Sobre los médicos, porque la financiación de consultorios y clínicas privadas es cada vez más difícil, al exigir mayores inversiones de capital. De este modo, los problemas económicos que plantea al médico particular la necesidad tecnológica de aumentar las inversiones y el personal vienen a ser del mismo orden que las que se le plantean a los comerciantes y artesanos en circuns-

tancias similares. Necesitan asociarse, trabajar en equipo, no ya sólo por razones técnicas, sino también económicas. Se impone constituirse en empresa, asociación o cooperativa. Así, en Norteamérica se tiende a la práctica de la Medicina de grupo (la «Group Practice»), clínicas o consultas de especialidades múltiples o de práctica general. Y entre nosotros, en el I Congreso Nacional de Hospitales, en la ponencia del doctor A. Ballester se abogaba por la creación de miniclínicas particulares para poblaciones entre mil y cinco mil habitantes, aunque todo subordinado a la creación de una «Asociación Nacional de Consultorios Privados», que procurase capital para una financiación y sostenimiento. Porque, según afirma el doctor Ballester, a pesar de constituirse en equipo, «la clínica privada es negocio con una rentabilidad baja, del 8 al 9 por 100, y, por tanto, precisa protección. No es un gran negocio —afirma— que se pueda dejar que marche por sí mismo».

Sobre el enfermo, este progresivo aumento de los costos médicos les fuerza a procurarse una entidad intermedia que se encargue de hacer frente económicamente a los riesgos de posible enfermedad. El precio de una consulta médica privada, en un especialista medio, puede suponer hoy en España varios días —tres o cuatro— del salario de un peón. Si se agregan los medicamentos, aumenta a varias semanas. Y una intervención quirúrgica, por simple que sea, implica meses de este salario de un peón. De aquí que surjan inconcebibles todo ese mundo, que amenaza

integrarlo todo, primero de los seguros libres, después de la Seguridad Social. La Seguridad Social atendía seis millones de personas en 1944, 9,4 millones en 1955, 15,15 millones en 1962 y 18,3 millones en 1968, o sea, el 60 por 100 de la población. Es decir, que el aumento de los costos supone la necesidad de un fiador administrativo. El problema consiste en que este fiador, tercer elemento, tiende a tomar medidas técnicas que suelen derivar de sus posiciones políticas, administrativas o económicas.

De cualquier modo, no es ya en todos estos casos el facultativo quien acude a la llamada del cliente, sino que es la entidad aseguradora —seguros libres, Seguridad Social— la que le envía un médico dependiente de ella, un médico en calidad de utensilio o asalariado suyo. En definitiva, lo económico condiciona el ejercicio de la Medicina. Y ello, por dos motivos: a) Por las necesidades técnicas que exigen una fuerte inversión. b) Por las necesidades de hacer extensiva la asistencia a toda la población. Como afirma H. Pequinot en su libro, varias veces citado, «de 1940 a 1944, Francia encontró cerradas sus fuentes exteriores de aprovisionamiento y, entonces, todos se dieron cuenta que mantener en supervivencia indefinida a un diabético por la insulina, calmar unas crisis dolorosas por la morfina, o la tos más trivial por la codeína, no era sólo un acto médico, sino un problema económico considerable».

justas del papel de los MIR y del respeto que una sociedad debería tener para con la figura de los posgraduados que alternan su formación con unas funciones asistenciales de primera importancia. Como sujeto laboral, está claro que necesita una fijación de sus derechos y deberes y una remuneración justa. Sería curioso que nuestros lectores pudieran ver las convocatorias para plazas de MIR, en las que, junto con una tónica francamente modesta, existen bastantes irrisorias, por no decir lamentables, no sólo por su remuneración, sino por el carácter vejatorio de algunos de los requisitos y condiciones de trabajo impuestos. Sin duda, el caballo de batalla común a los del Psiquiátrico de Oviedo y a todos es la injusta, desfasada y discriminatoria consideración de becarios con que se les trata. Este tratamiento casi decimonónico y humillante parece que, por un lado, pretende minusvalorar el aspecto asistencial y de prestación profesional, y por otro, limita hasta la inexistencia la relación profesional-laboral en un sistema paraescolar de deberes sin los correspondientes derechos. Así las arbitrariedades de Oviedo —incluido, en su cima, la destitución del director— no tenían argumentos jurídicos de tipo formal, aunque sí de tipo moral. Por ello, en los dos últimos meses, mil quinientos médicos y residentes de toda España han ido al paro de solidaridad en varias ocasiones durante varios días. No sólo por solidaridad (hay otras reivindicaciones generales), sino porque la situa-



La práctica hospitalaria no sólo es un ejercicio cotidiano de progresivo afianzamiento y recogida de experiencias formativas. Para los MIR representa también el engranaje en unas instituciones hospitalarias, un eslabón en la cadena jerárquica que comienza con los jefes clínicos y acaba en los ayudantes técnicos sanitarios. Su labor, inicialmente más auxiliar y progresivamente en funciones más cualificadas les hacen, en los hospitales, piezas cada vez más imprescindibles, como individuos y como equipo.

ción puede repetirse formalmente ené veces en cualquier centro con programa de docencia. Y, sin embargo, el papel asistencial de los MIR bien claro ha quedado durante el paro que ha evidenciado el grave deterioro del rendimiento hospitalario en el ritmo y en la eficacia que implica su ausencia.

La continuidad de los MIR y las perspectivas ante la reforma de la asistencia sanitaria

Con todo lo graves que aparecen los problemas enumerados y descritos hasta ahora, todavía existen otros de índole acaso más profunda. Son los relacionados con la continuidad laboral. Un par de proporciones numéricas pueden aclarar e introducir a la cuestión. Si ya es

insuficiente —tal como vimos— el número de vacantes anuales respecto al total de graduados que acaban la carrera de Medicina cada curso, la proporción de vacantes de médicos especialistas en los hospitales de la Seguridad Social respecto de los que terminan sus programas de residente es también muy modesta. Las consecuencias son graves. En el orden psicológico, mientras dura el periodo de residencia, la incertidumbre laboral posterior. Cuando acaba, el no encontrar trabajo adecuado a su formación puede producir una frustración importante. En el orden profesional y económico no hace falta explicarlas. Las repercusiones en la marcha, tanto de la economía como de la Medicina, implican un despilfarro de profesionales de óptima preparación que deben desempeñar tareas que exigen menos cualificación. Hay que

tener en cuenta que un médico especialista, tras un programa de cuatro años de MIR, sólo sabe y quiere hacer Medicina hospitalaria, según unos «standards» científicos concretos y que no se puede adaptar a hacer según qué tipo de Medicina. Esto suele acarrear, en muchos casos, una segunda oleada de fugas de cerebros al extranjero, como ya veremos cuando entremos en el tema...

Ahora bien, según testimonios de todos los residentes encuestados y los documentos de sus sesiones de trabajo que he podido manejar, esta preocupación por la continuidad no implica en modo alguno una voluntad de vinculación al centro en donde han recibido la formación, lo que sería una reclamación burocrática del tipo «derechos adquiridos»... En absoluto se piden prerrogativas; sí, en cambio, unos criterios de reclutamiento del personal especializado que tengan en cuenta el grado real de formación y práctica precisamente frente a quienes sólo pueden aducir antigüedades, derechos adquiridos y frente a unos baremos, ridículos en muchos aspectos, clasificatorios de los «curriculum», en los que puntúan como méritos lo que son puros trámites, y para los que el haber sido residente es un coeficiente de los más bajos. Contra esta situación ha reclamado el SMIR. Máxime cuando se prepara una reforma de la asistencia sanitaria, que podría llegar al fondo de estas cuestiones. He aquí las peticiones que el SMIR envió a la comisión tripartita —Instituto Nacional de Previsión, Con-

III. EXIGENCIAS BUROCRÁTICAS

La consecuencia inmediata de este considerable aumento del coste médico, y de la aparición de los seguros amparadores del riesgo de enfermedad, es la creación de un importante aparato burocrático, una barrera que se interpone entre médico y enfermo. Así, el número de personas dedicadas de un modo más o menos directo a la administración de la morbilidad, en las diversas instituciones dedicadas a estos fines, también crece de modo progresivo. Influyen, controlan y muchas veces deciden todos los condicionamientos de la relación médico-enfermo, reglamentando y dirigiendo ésta de una forma esencialmente burocrática. Ellos son los que imponen que el papeleo constituya, en gran manera, parte esencial del acto médico. Ellos disponen cuándo y de qué forma han de ser atendidos los enfermos. Y lo que es peor, por qué normas, incluso de tiempo, han de regirse los médicos.

En definitiva, la Medicina viene a ser regulada en su práctica por personas ajenas a la misma, por administrativos o tecnócratas que la organizan según su mejor criterio, y emplean a los médicos y su técnica en la forma que juzgan mejor para los enfermos. Lo que no siempre es necesariamente así. De cualquier modo, el hecho es que buena parte de las tareas del médico han pasado a manos de los burócratas y administrativos, que han tomado a su cargo la misión de organizarle su trabajo. Una circunstancia más, que se ha impuesto y evo-



A partir de la auscultación mediata de Laënc a través del fonendoscopio, los progresos de la exploración médica siguen el mismo ritmo que los avances de las Ciencias de la Naturaleza; el enfermo se convierte, en este sentido, en un objeto que exige ser estudiado y analizado, y el cada vez más complejo aparato exploratorio se interpone, separándolos, entre el enfermo y el médico.

lucionado más allá de los deseos del médico; incluso, sin que tome la suficiente conciencia de la misma.

IV. EXIGENCIAS SOCIOPOLÍTICAS

Es también muy importante la inci-

dencia de factores sociopolíticos que han venido actuando, y siguen haciéndolo, interponiéndose en la relación médico-enfermo. La implantación de los sistemas de Seguridad Social, independientemente de las variantes que adopten —y sean o no en el contexto

de sociedades capitalistas o socialistas—, se han hecho por consideraciones sociopolíticas y no, por supuesto, mediante razonamientos fundamentalmente médicos. Aunque éstos también existan, lo que es distinto.

No son solamente razones de tipo propagandístico las que inducen, en todo sistema burgués-capitalista desarrollado, a la implantación de la Seguridad Social. Son, ante todo, razones socioeconómicas.

En primer lugar, la Seguridad Social, en el contexto de una sociedad capitalista, desempeña una función estabilizadora de ésta. De aquí su conveniencia. No ha sido, pues, por azar que fuera precisamente Bismarck, en Alemania (1881), quien creara la primera legislación avanzada en Seguros Sociales. O en Francia, Ambroise Croizat, y en Inglaterra, lord Beveridge. En España tampoco es por azar el término de la guerra civil cuando se inicia la puesta en práctica del Seguro de Enfermedad.

Ya estas circunstancias históricas son de por sí sumamente significativas. Y es que, en realidad, por mucho que se «socialice la Medicina», las bases socioeconómicas del sistema no sólo permanecen intactas, sino que se verán reforzadas. Por un lado, al no afectar para nada a las relaciones de propiedad referidas a los medios de producción, nos encontramos así con un sector de servicios que no ofrece el más mínimo riesgo para los intereses económicos prevalentes. Y por otro, por sí fuera poco, es una buena política de estímulo al desarrollo, puesto que al asegurar económicamente el

LOS NUEVOS MEDICOS

sejo General de Colegios Médicos, Consejo Nacional de Trabajadores—que prepara el Proyecto de Ley de la Reforma Hospitalaria:

A) Establecer a nivel nacional los requisitos mínimos para calificación de hospitales docentes y que sólo éstos puedan ofrecer plazas de MIR. B) Que se efectúen las previsiones necesarias para cubrir las necesarias plazas de médicos. C) Información de las plazas disponibles. D) Programas de formación detallados. E) Supresión de todas las posibilidades de fraude de la Ley de Especialidades. F) Convocatorias a nivel nacional con criterios uniformes de selección. G) Pruebas de selección efectuadas por el hospital que oferta la plaza. Este aspecto es fundamental y está conectado con el apartado L) Creación o renovación de los órganos médicos del hospital, con independencia de las funciones políticas y administrativas. De estos órganos médicos dependerán las funciones de contratación y renovación de los médicos del hospital, a través de las Juntas de Credenciales, Juntas Facultativas y Juntas de Gobierno, en la que estarán representados adecuadamente todos los estamentos médicos del centro.

El apartado H) hace referencia a la necesidad de exigir el título de especialidad para las plazas de especialidad (hasta ahora no es necesario). I) Publicación de los médicos seleccionados para el desempeño de sus puestos. J) Exigencia del régimen laboral de plena dedicación; supresión del pluriempleo para todos los que desempeñan un puesto hospitalario. K) Vinculación progresiva al cargo, con controles de la labor efectuada y con garantías de continuidad cuando el cumplimiento sea ortodoxo. (Obsérvese bien la diferencia entre vinculación frente a la definitiva—según dación progresiva—según méritos—frente a la definitiva—según derechos adquiridos burocráticamente—.) L) Dotación económica suficiente de todas las plazas de médicos de hospital y de medios para el desarrollo de sus funciones asistenciales, investigadoras y docentes. M) Contratos laborales por tiempo determinado. Para los internos-residentes no sería superior al tiempo de su formación. La remuneración de éstos será en concepto de salario, incluyendo seguros sociales.

N) Representantes de cada estamento de médicos. Y Ñ) Según se deduce, la oposición o el concurso de suma de méritos no es adecuado al sistema de Medicina hospitalaria que preconizamos, en el que el contrato es la base del sistema, correspondiendo la contratación y la renovación a las Juntas Facultativas de los hospitales.

Aunque parezca exhaustivo, el contenido de este documento es precioso. Porque detrás de todas y cada una de las reivindicaciones puede reconocerse en voz pasiva una característica actual del sistema de Medicina hospitalario y de la Seguridad Social. Sólo con darle la vuelta total o parcialmente—nadie pide aquello que ya existe—se puede tener una imagen a partir de la cual iniciar un examen crítico de nuestras instituciones sanitarias, sin perjuicio del que más adelante tengamos ocasión de abordar.

A pesar de los esfuerzos del SMIR a través de una Agrupación Sindical de Médicos de Hospitales por asistir a las negociaciones, éstas no dejaron de ser tripartitas. Ni los intereses del INP sobre la Reforma de la Asistencia Sanitaria—que no puede admitir que se pongan en cuestión sus estructuras administrativas en favor de un avance de poder cualitativo de las estructuras médicas—, ni los de los Colegios Médicos—que defienden los derechos del «establishment» médico—podían apoyar la entrada de los médicos en la confección de la ley. Sólo, al parecer, el Consejo Nacional de Trabajadores veía con simpatía las reivindicaciones del SMIR. Pero se obtuvo a lo sumo que un representante acudiese como observador. Con todo, aunque el texto de la ley aún no se conoce, las filtraciones oficiosas no son indicios optimistas para los criterios sustentados por los médicos residentes. Parece que la ley recogerá los principios de vinculación definitiva, contratación con concursos restringidos para los que ya tienen plazas ahora, y en tercer lugar, la Junta de Contratación será de tipo más bien burocrático, compuesta por representantes del INP, del Colegio de Médicos y el director del centro (que hoy por hoy tiene también carácter administrativo).

Estos tres puntos eran tres claves. Han servido para clarificar cuáles son las posturas reales. De una

parte, la postura de un gran sector de la profesión médica—eminente—mayores—que es, lógicamente, conservador de sus plazas en virtud del principio de «derechos adquiridos». Y la Seguridad Social, que parece propiciar el «statu quo» en medio de unas buenas intenciones de reforma, pero que no quiere afrontar un conflicto de selección de personal médico con criterios racionales y científicos. Al mismo tiempo introduce conceptos francamente positivos, como el de la jerarquización y reestructuración en instituciones cerradas y abiertas. Aquéllas, en forma de ciudades sanitarias, residencias regionales, provinciales, comarcales y centros específicos. Y cada institución en departamentos, servicios y secciones. Las instituciones abiertas pueden ser centros de diagnóstico y tratamiento, ambulatorios, consultorios de Medicina general y ambulatorios mixtos. Los centros abiertos dependerán de los cerrados jerárquicamente.

Pero la cuestión es que una jerarquización no es compatible con el sistema de reclutamiento y contratación que preconiza el anteproyecto. Las consecuencias de la aprobación de la ley en el sentido que parece por las filtraciones o en el sentido preconizado por el MIR serían trascendentales. En un caso, porque ratificarían, remachándola, una situación de facto, por muchas reformas que introdujesen. Por el contrario, si se aprobasen las reivindicaciones de los residentes, se llegaría a la raíz de la organización de la sanidad española y se habría dado un paso gigante para abrir un proceso de reorganización a fondo de la problemática sanitaria general. Este problema está apasionando a la clase médica, y de hecho produce el enfrentamiento no tanto a nivel generacional como entre partidarios de una Medicina libre, mixta, pluriempleada, frente a los que ven en el rigor científico y el mayor alcance social de la Medicina hospitalaria.

En definitiva, en este foso que se ahonda con el enfrentamiento ante esta ley que parece ya definitiva aunque no esté publicada, culmina un proceso ya largo que abarca, por una parte, la promulgación de una Ley de Hospitales en el año 1962, que contenía principios muy válidos, pero debía ser desarrollada en

un reglamento. En torno a él se empiezan a polarizar grupos de estudio de médicos—jóvenes y mayores—partidarios de una Medicina hospitalaria y con criterios claros sobre racionalización y adaptación de las inversiones a las necesidades. En definitiva, en esta política coherente de reformas de la sanidad participaron muy activamente organismos como la Mesa de Hospitales del Colegio de Médicos de Madrid. Pero el anteproyecto es ambicioso, implica un cambio demasiado total en las estructuras de la sanidad, acaso el famoso Ministerio, y no prospera. Se va cohesionando una oposición a este anteproyecto por parte de grupos de presión que representan los intereses de la Medicina liberal y los de los médicos de ambulatorio. Este conflicto de grupos de presión médicos se ve muy claro en la Asamblea General de Colegios Médicos de abril de 1969. Pero a partir de esta fecha se advierte un viraje, aparecen unas líneas nuevas que recogen el sentir más conservador. En 1970, el Consejo General de Colegios Médicos las refrenda y comienzan las conversaciones tripartitas. Hay que señalar que ese momento es importante para los médicos de hospitales de la Seguridad Social, que deciden unirse en una Agrupación Sindical para defender los intereses hospitalarios frente a los «conservadores». A través de esta asociación se pretende la participación igualitaria en las conversaciones tripartitas, que queda limitada a observación sin voz y voto. El resto ya lo sabemos. Y aunque la ley no sea realidad, sus principios enunciados ya han promovido la separación de la agrupación sindical de los MIR en la medida que no aceptaban lo que muchos médicos de la agrupación—adjuntos y jefes—sí han dado por bueno. De tal manera, el MIR, que se había agrupado como seminario en julio de 1969, vuelve a estar solo—tras haber recorrido un trecho del camino con la agrupación sindical—en sus posturas reivindicativas de una Medicina hospitalaria científica y social. ■ G. L. D.-P. Fotos: RAMON RODRIGUEZ y ARCHIVO.

En el próximo número: LOS NUEVOS MEDICOS (y III). Del pluriempleo a la emigración.

LOS NUEVOS CONDICIONAMIENTOS PROFESIONALES DEL MEDICO

JOSÉ AUMENTI

riesgo de enfermedad, invalidez o accidente, permite al trabajador invertir en bienes de consumo—a veces hasta en electrodomésticos caros, televisores, etcétera—aquellos recursos que en otro caso habrían de dedicarse

al ahorro en previsión de aquellas contingencias desgraciadas. Fomentan, pues, el desarrollo de una sociedad de consumo, tan cara hoy al neocapitalismo vigente. Y por último, incluso es muy rentable económicamente. En cualquier sector de la economía capitalista, lo que en realidad se suelen nacionalizar son las pérdidas. No vamos a citar las empresas o servicios en manos del I. N. I. (a título de ejemplo, véase Hunosa) y que lo fueron porque eran deficitarios y no interesaban al capital privado. En cambio, la Seguridad Social española—al contrario que en otros países—tiene unos superávits fabulosos. Las cifras han sido señaladas algún año en los 11.000 millones de pesetas. Por tanto, sirve también la Seguridad Social como un instrumento de ahorro forzoso de los trabajadores.

En definitiva, lo que desde nuestro

punto de vista médico habría que señalar es que estamos en presencia de unos condicionamientos sociopolíticos que, al margen del propio cuerpo médico, influyen en su destino. Y que son unos condicionamientos sociopolíticos con la suficiente fuerza decisoria como para imponerse por sí mismos.

A lo largo de estas líneas hemos analizado la aparición casi simultánea de una serie de elementos nuevos que se interponen en lo que en otro tiempo fue simple relación directa personal entre el enfermo que solicita ayuda y el médico que se la presta. La relación comercial que les unía, también libremente concertada entre ellos, se ha diluido en todo un conjunto de más o menos aprovechados intermediarios. Como hemos visto, las cosas

se han complicado, pues, considerablemente. El «acto médico» clásico tiende a perder sus nítidas fronteras, y ya no se sabe cuándo comienza y dónde termina «la acción de la Medicina». Seguir hablando, en estas condiciones, del ideal de una Medicina privada, una Medicina liberal, como modelo de una Medicina de calidad, es algo completamente fuera de la realidad de nuestro tiempo. Son, por el contrario, todo un conjunto de hechos nuevos, de realidades vivas, las que imponen el ejercicio de una Medicina de equipo, una medicina con abundantes medios técnicos, una Medicina financiada por organismos económicamente fuertes, una Medicina planificada según las necesidades de la población; en definitiva, una Medicina que casi obligadamente, para estar a la altura de los tiempos, exige socializarse. ■ J. A.