

LOS NUEVOS MEDICOS

Quienes hayan tenido interés en el tema a lo largo de los dos capítulos anteriores de «Los nuevos médicos» (TRIUNFO, números 473 y 474) tienen el talante ya preparado para no recibir información que induzca al optimismo. Con todo, como creo que ya recalqué anteriormente, el tema de la enseñanza pre y posgraduada que ocupó las dos primeras partes, aun teniendo una importancia cualitativa capital, no refleja la problemática de la mayoría. Se puede decir que las graves cuestiones que afectan a médicos internos y residentes llegan a tomar cuerpo en ellos gracias a un proceso lógico de toma de conciencia socioprofesional, por el alto grado de responsabilidad y la visión en profundidad que sus puestos de privilegio les ofrecen. Y ellos son, o están llamados a ser —aunque me conste que a muchos les repugne la expresión—, unas élites médicas. Y prueba de que no quieren este rol injusto es que entre sus reivindicaciones primordiales está la solicitud de un número suficiente de plazas de internos y residentes que den igualdad real de oportunidades.

Precisamente a partir de esa desigualdad de oportunidades se sitúa nuestro prisma de observación. Y de nuestro estudio han de surgir, en la medida que los que sufren esta grave injusticia son la mayoría de los posgraduados, las opciones reales a que se ven llevados —no por voluntad, sino por la configuración estructural o, a lo sumo, coyuntural— y que suponen una confrontación con la *Medicina real* de nuestro país, ahora.

Entre la angustia y la picaresca: la frustración

De las muchas horas de diálogo con médicos jóvenes, acaso las pasadas entre profesionales que no habían tenido la oportunidad de realizar un programa de interno-residente son las que mayor huella han dejado. «Cuando uno acaba la carrera y piensa la diferencia abismal que separa las facultades que el título concede y los conocimientos reales que se tienen, la sensación inicial es de vértigo». La frase de este recién graduado puede ser ilustrativa de ese desamparo en el que la sociedad —teóricamente celadora de la Sanidad— deja a una parte sustancial de sus médicos en una especie de *sálvese-quien-pueda* a la caza de oportunidades. «Pero oportunidades de qué —concluye él mismo—. De aprender una especialidad o una práctica mínima. O de ganarse la

HACE cuatro meses se publicaban los dos primeros capítulos de LOS NUEVOS MEDICOS, hoy aparece el tercero y último. Para los que no los leyeron o no los recuerden, estos trabajos abordaban la problemática de la Medicina española a través de la perspectiva de las nuevas promociones que se incorporaban a ella. Primero una consideración de la docencia universitaria, sus planes, sus métodos, sus medios y sus resultados deplorables: una escasa formación teórica y una nula capacidad práctica como consecuencia de un planteamiento didáctico totalmente equivocado.

Esta virtual ausencia de formación práctica —volvamos en el segundo capítulo— hacía absolutamente necesaria la prolongación de la enseñanza posgraduada. Esta que, dadas las características de la enseñanza pregraduada, debería ser obligatoria no sólo no lo es, sino que sólo puede ser alcanzada por una minoría de médicos jóvenes. El escaso número de plazas no es sino un punto de partida para la consideración de las condiciones en que se desenvuelven los programas de internos y residentes en nuestro país. La toma de conciencia de los propios interesados han llevado a la superficie las contradicciones técnicas, organizativas, científicas y económicas, en forma de reivindicaciones claramente especificadas. El cumplimiento riguroso de los programas de docencia así como el reconocimiento explícito de su condición de médicos con una función asistencial y por tanto remunerada han sido las puntas de lanza de diversos conflictos que han agitado a los MIR (Médicos Internos y Residentes) durante los últimos meses. La protesta de un grupo de psiquiatras de Oviedo movilizó en mayo pasado a cerca de tres mil MIR de toda España en solidaridad y con reivindicaciones similares...

El conflicto asturiano terminó con éxito para los MIR sin que el reconocimiento de ciertas reivindicaciones concretas supusiera que la situación general estaba ya resuelta. Poco después, en el mes de agosto, la chispa saltaba en otro centro hospitalario, el Francisco Franco de Madrid, que enfrentó a un grupo de psiquiatras con la autoridad provincial. De nuevo en toda España, médicos, no sólo MIR, y también personal sanitario, volvieron a sumarse solidariamente a paros y encierros de protesta hasta que se hizo justicia.

Las acciones de mayo y agosto del 71 con todo y ser importantes no son sino dos brotes aislados de un mal general que afecta a un cuerpo enorme, enfermo y esclerótico, que es la Sanidad Española. La enorme y compleja problemática que dimana de un análisis de la situación sanitaria española —entre las de más bajo nivel europeo— remite a unas estructuras que limitando entre lo científico, lo económico y lo político deben ser profundamente renovadas. Los que leyeron los dos primeros capítulos de LOS NUEVOS MEDICOS encontrarán en este último el complemento a sus conclusiones que remiten invariablemente a un panorama alto y totalmente conflictivo de la Sanidad nacional. Por otra parte, las realidades objetivas expuestas en los capítulos anteriores siguen cuatro meses después vigentes plenamente y los recientes conflictos revelan que las contradicciones expuestas entonces siguen vivas. Es más, seguirán estándolo, mientras no se asuma el problema como un todo, «ab initio». Recientemente la Seguridad Social ha emitido normas en las que se reconoce la consideración laboral —mediante contrato y sueldos aceptables, entre ocho y doce mil pesetas— a los MIR. Esta medida —que por posterior a mi artículo sobre el tema es de justicia reseñar—, siendo un evidente éxito reivindicativo, es una victoria parcial. Porque no agota una problemática mucho más amplia y profunda que alienta en la inquietud de los nuevos médicos. Del mismo modo hay que consignar el que, al parecer, por fin Barcelona va a contar con un Clínico moderno, amplio y en condiciones que sustituya al viejo, caótico, impropio hospital actual que denunciábamos en nuestro primer artículo. La satisfacción de tales medidas no está tanto en la resolución de los problemas concretos como en el reconocimiento explícito de la razón de una protesta.

Del mismo modo que, recientemente, la prensa se ha hecho eco de la decisión al parecer oficial de encarar la confección de un Libro Blanco de la Sanidad. Esto —ya se vio en el caso de Educación— es un instrumento, por una parte, de gran utilidad: si está bien hecho es un inventario crítico que implica la solución de un problema de magnitud no sólo reconocida sino revelada y reconocida. Pero, por otra parte, un documento tal puede servir —alarde de un formalismo político— para que las plumas redentoras adornen a quien lo presenta. Si éste, casualmente, ha formado parte del mismo sistema que ha permitido que la situación descrita en el Libro Blanco, fuese posible, durante años, la paradoja es evidente.

Libro Blanco, Clínico de Barcelona, Reivindicaciones MIR, Protesta de Psiquiatras, los cuatro meses de ausencia de TRIUNFO que al interrumpir la serie de LOS NUEVOS MEDICOS la hacían peligrar en su actualidad, los hechos ocurridos en ese lapso han confirmado que se trata de un problema vivo que denota una situación grave, la Sanidad, que nos afecta a todos.

GUILLERMO LUIS DIAZ-PLAJA

vida. Las dos al mismo tiempo: eso es soñar despierto».

Para trazar el retrato robot del posgraduado sin acceso a programas MIR se necesitaría un ordenador. Y posiblemente ni para el cerebro electrónico sería posible unificar las diversas posibilidades. Las variables que juegan en la toma de decisiones del médico recién graduado están relacionadas —aparte de su voluntad o conciencia de formación— con su situación personal. La procedencia familiar, no se puede ocultar este aspecto, juega en Medicina tanto o más que en

otras situaciones en una sociedad estratificada y dada a los favores, al intercambio de influencias. La red de relaciones de una familia de la alta burguesía, e incluso de algunos sectores de la clase media acomodada —y, por supuesto, con gran fuerza si el entronque familiar es médico—, obran de poderosa palanca de lanzamiento. Es así cómo algunos jóvenes médicos consiguen superar barreras para otros insalvables. Plazas hospitalarias, becas en España y extranjero, acceso a servicios o cohortes de médicos... Para quien no disfrute de una po-

sición social, las «chances» de situación disminuyen en la cantidad y en la calidad. Hay que forzar mucho más las peticiones, aprovechar mucho más las puertas falsas y los huecos. Aún y así, con resultados no siempre garantizados. Naturalmente que hay excepciones a esta regla del juego social. Pero la casuística diversa que podría derivarse no modificaría las condiciones generales. Los canales son tortuosos y pasan por complejas situaciones de relación, por una parte y por otra; si es que se quiere perseverar en la voluntad de formación en un centro hospitalario, este empeño se paga en dinero. En la medida que no se cobra —sí, sí están leyendo bien, no se percibe paga— como médico en algunos de estos centros cuya moral les induce a pensar que los nuevos médicos más bien deberían pagar la oportunidad que tienen de estar en contacto constante con enfermos y buenos maestros. Así todo depende de la relación entre voluntad de aprender y capacidad económica. Esta situación —a base de esfuerzo y sacrificio económico propio o subvención familiar en otros casos— puede mantenerse un tiempo. Pero a medida que el profesional avanza en su carrera la tensión de necesidades docentes y económicas llega a un punto máximo y éstas empujan a primar sobre las anteriores. Si en ese momento la situación hospitalaria no se ha normalizado, corre peligro de que su valor positivo en el médico quede postergado por necesidades más perentorias.

Los médicos nuevos —de diez años a esta parte— han tenido una visión muy clara de la necesidad de hacer Medicina hospitalaria, hoy día la única con garantías científicas y de criterios sociales aceptables. Todos los que pueden ser adscriben del modo que sea a uno o varios centros hospitalarios. Que además necesiten hacer, dada la precariedad o nulidad de los ingresos por esa vía, otro tipo de Medicina es otro aspecto. Es difícil llegar —no sólo, como decía, a un retrato robot—, sino a una sistematización de los diversos caminos que se pueden seguir en la galaxia del pluriempleo. Pero intentaremos describir una serie de figuras típicas.

En primer lugar habría que situar el capítulo «guardias y sustituciones». Raro es el facultativo joven que no ha tenido que pasar por estas horas caudinas hechas a partes iguales de explotación y submedicina. «Pasarse todas las noches y días festivos de guardia en un centro hospitalario privado, por cuatro o cinco mil pesetas, ha sido



nuevos se trata de irse adaptando casi biológicamente a la compleja estructura celular del macrocosmos médico. En busca de puestos, por una parte; en busca de pacientes privados, por otra. Aunque muchos de ellos preferirían hacer sólo Medicina social, la Medicina liberal, la clásica consulta privada solo o asociado con algún colega, acaba siendo la solución a la problemática económica de modo básico, y los puestos hospitalarios terminan por convertirse en accesorios. La figura prototípica más representativa podría ser el médico que atiende a una plaza del ambulatorio, que tiene un par de seguros libres y una consulta privada, amén de algún hospital. Todo ello con la economía de horas presumible.

Hay que hacer numerosas salvedades. Primero y primordial, que el pluriempleo rara vez suma ocho horas y que el médico es un profesional sobrecargado que trabaja muy frecuentemente diez y doce horas diarias —aparte de la disponibilidad comprensible en horas nocturnas o de urgencia—. En segundo lugar, que hay muchas formas de interpretar la partitura del pluriempleo médico. Desde la más absoluta y rigurosa dignidad y celo profesional —en la medida de lo posible— hasta el cinismo más inhumano al servicio de una política de lucro y máximo rendimiento de cada enfermo, por repulsivo que eso pueda sonar. Otra salvedad importante y que condiciona fuertemente es el contexto socioeconómico. No es lo mismo las condiciones que tiene que afrontar un recién graduado en Madrid que en Barcelona o en otras capitales de provincia. Depende, de una parte, del número de camas y plazas médicas hospitalarias y oficiales, y, por otra, de las condiciones de la Medicina libre. Ambas están relacionadas. En una capital en el que el desarrollo hospitalario comporta unos niveles asistenciales más dignos —sería el caso de Oviedo—, la sociedad lo acusa a todos los niveles y la Medicina privada se resiente en consultas paulatinamente vacías. También influye poderosamente la proporción médicos/habitantes. Como ejemplo fácil, Madrid tiene alrededor de los 10.000 colegiados, y Barcelona casi la mitad para una población similar o acaso superior en Barcelona, debido a su «hinterland» comarcal/regional. Al mismo tiempo, Barcelona arroja un déficit de 9.000 camas hospitalarias —de centros asistenciales, médicos incluidos—, que propicia fuertemente una tendencia muy notable hacia la Medicina privada o al seguro libre cuando menos.

Todas estas condiciones, que como es lógico afectan a la totalidad del estamento médico, repercuten con vigor en las generaciones jóvenes, que las notan acaso en proporción a su situación profesional más frágil, con mayor fuerza. Así la diferencia entre Madrid y Barcelona, según los testimonios re-



Madrid, Barcelona, Valencia cuentan con residencias del Seguro de Enfermedad muy modernas. Bastantes otras capitales tienen edificaciones de tamaño impresionante, aunque menos modernas. Su nivel asistencial y la racionalidad de su organización hospitalaria requerirían reformas profundas. Los nuevos médicos que prestan sus servicios en centros hospitalarios de la Seguridad Social —como MIR o como contratados— acusan numerosas contradicciones en su voluntad crítica por ofrecer una mejor medicina.

DEL PLURIEMPLEO A LA EMIGRACION

y todavía en parte sigue siendo corriente». Naturalmente, como me aclara mi comunicante, quien desempeña una labor así debe trabajar también durante el día. Se pueden hacer las visitas domiciliarias de uno, dos o más médicos del Seguro que no tengan tiempo. Se puede también además estar en una de esas empresas de urgencia que han surgido en las grandes ciudades alrededor de un número de teléfono pegadizo. Se puede —eso con mucha suerte— llegar a conseguir una sustitución de una plaza de médico del ambulatorio de la

Seguridad Social. Eso es tocar el cielo con las manos. Se gana unas 10.000 pesetas mensuales por una hora de trabajo. Ya veremos más adelante cómo.

Mientras tanto —tanto pluriempleo— se puede hacer un curso de especialización (si se tiene el dinero para pagar la matrícula) o se realizan cursillos de esos que no sirven para nada, pero que cuentan en los baremos de méritos para concursos y oposiciones. Existen las de funcionarios de los Ministerios y las de médicos militares de los tres Ejércitos y otras.

Hay que hacer resaltar que el número de puestos oficiales de médicos es de 80.000. Sólo la Seguridad Social emplea a 23.000, y los seguros libres, a 12.420. Luego existen 9.000 plazas de sanitarios locales, Beneficencia del Estado (1.734), Beneficencia Provincial (1.022). En definitiva, el carácter formal y burocrático de muchos de estos puestos queda de relieve al comparar su total (80.000) con el número de médicos (40.000). Proporción presumible media a dos puestos por médico. Sin comentarios.

En definitiva, para los médicos

cogidos en ambas ciudades, es sustancial. En la Ciudad Condal —dado el menor desarrollo de centros hospitalarios y el déficit parcial de la Seguridad Social—, la tendencia de los posgraduados hacia la Medicina hospitalaria era hasta hace poco notablemente inferior que en Madrid, hasta el punto que muchas plazas hospitalarias barcelonesas están cubiertas por médicos procedentes de otras capitales españolas. Ahora esta tendencia está disminuyendo. Pero el factor socioeconómico y el número relativamente bajo de colegiados han propiciado que gran cantidad de médicos jóvenes hayan tomado decididamente el camino de la Medicina privada. Bastantes de ellos, con un criterio comercial desarrollado, han estudiado la zona urbana (y frecuentemente suburbana) de mayor desatención sanitaria pública y privada y han abierto sus consultorios también de acuerdo con la especialidad más solicitada. «Para estos colegas —me decía un profesional adjunto en un hospital, con dedicación plena—, los pocos que hemos seguido el camino de la Medicina hospitalaria somos gente sin ninguna visión y que, por tanto, nunca ganaremos dinero. Yo prefiero no preguntarles a ellos el tipo de Medicina que hacen, porque probablemente sería, cuando menos, objetable». De todos estos nuevos médicos, raro es el que no gane las 40.000 pesetas mensuales al cabo de dos/tres años, y a los cinco/ocho años los ingresos pueden fácilmente tener cotas dobles o más altas. Para esto, hay que volver sobre ello, es indiferente que se procure hacer Medicina digna o aplicar criterios rutinarios y mercantilistas, Medicina de receta y consumo. El nivel sociocultural de los pacientes viene predeterminado a esta explotación, máxime cuando bastantes de ellos son beneficiarios legales del Seguro y marchan a consultas privadas por carencia real de atención o por impresión psicológica de que serán mejor atendidos.

Al hablar de la Medicina liberal he encontrado en los jóvenes encuestados —incluso entre los que se ven obligados a hacerla— un espíritu muy crítico respecto a una serie de prácticas muy extendidas. Concretamente la dicotomía, bello nombre de apariencia científica que oculta una práctica no tan bella y más prosaica: la comisión de un médico a otro como agradecimiento por haberle enviado un paciente. Esta costumbre —por llamarla de alguna manera— está extendidísima en Barcelona y Cataluña, algo menos en Madrid, se ha convertido en una práctica sagrada y casi automática: al recibir el cliente se le envía el importe (entre el 30 y el 50 por 100 del valor de la consulta o la operación, si es cirujano) al médico enviante, siempre a espaldas del paciente. Así —entre otras implicaciones éticas que no es del caso enjuiciar— se fomenta y mantiene una curiosa mitificación de ciertas especialidades, concretamente la cirugía, que aviva el fuego sagrado del mito vida-en-sus-manos, y gracias a lo que es frecuente que se cobre 100.000 pesetas por una operación. A los ojos del paciente las vale, mientras que el valor de uso del médico que diagnosticó y recomendó la operación han sido convencionalmente 3.000 pesetas. Pero en



Los nuevos médicos y diversas organizaciones asociativas y académicas han puesto de manifiesto la necesidad ineludible de normalizar la realidad hospitalaria española. En primer lugar, se tiene que llegar a la proporción camas hospitalarias/habitantes que señala la OMS para países como el nuestro, y actualmente habría que doblar el número existente de plazas hospitalarias para llegar a los «standards» mínimos. Pero no se trata sólo del número de camas, sino de la constitución de una red hospitalaria a escala nacional que garantizase una asistencia homologable en cualquier punto del país, a base de jerarquización y otras medidas de elemental rigor sanitario.

la realidad ha ganado 50.000 más con la dicotomía.

Todas estas interioridades no son agradables de explicar. Pero en la medida que algunos de los nuevos médicos transigen en ellas debe quedar constancia para no mitificar de modo simple la figura del joven doctor que hemos visto —y que realmente existe en proporciones crecientes—, dedicado con abnegación a la Medicina hospitalaria con claro sentido científico y social y con detrimento de sus posibilidades de promoción económica. Del mismo modo que existen los médicos nuevos que, aunque dedicados por voluntad o por fuerza al ejercicio liberal, hacen cuanto está en sus manos y más para dignificarla. Y estoy seguro de que es contado, por no decir muy bajo o nulo, el número de médicos jóvenes que se prestan a la abusiva práctica de los «tarugos» o laboratorios farmacéuticos que pagan comisiones a los médicos que receten sólo sus especialidades.

El Congreso de Médicos Jóvenes y los Colegios Médicos

Con todas las informaciones testimoniales y documentales recibidas, la fosa generacional ha ido quedando una vez más al descubierto. Existe una nueva frontera de la Medicina que, aunque las estructuras oficiales, tanto asistenciales como representativas la ignoran parcialmente, está muy presente en la mentalidad de los médicos jóvenes, hayan tomado el camino profesional que hayan tomado. Naturalmente —como poníamos de relieve más arriba—, la mejor fórmula, la hospitalaria, ha concienciado a los que han accedido a ella, que además, por el hecho de la reunión física en grupos, han beneficiado de plataformas de expresión que

han potenciado sus posturas críticas. Pero los médicos jóvenes, en general, han tenido el «handicap» de la dispersión por la naturaleza de su trabajo. Con todo, han intentado unirse. Las inquietudes de los médicos jóvenes iban a dar siempre a los Colegios de Médicos de sus respectivas capitales. En unos con más fortuna que en otros, los grupos más conscientes llevaban sus reivindicaciones, la problemática del ejercicio profesional y una serie de cuestiones que afectaban, dentro de la problemática general de la sanidad española, a los médicos jóvenes más agudamente. Todos estos focos dispersos, poco a poco interconectados, dieron en 1966 como resultado la idea de realizar un Congreso Nacional de Médicos Jóvenes.

Las negociaciones, al parecer, fueron arduas y hubo que vencer resistencias motivadas en la desconfianza ritual que lo joven despierta en las altas esferas. Por fin, la autorización. El Congreso se celebraría en Madrid los días 12, 13 y 14 de mayo de 1966. A última hora, fruto de manipulaciones, el nombre había perdido rango y pasaba de ser Congreso a «Coloquio» —sin duda para quitarle importancia—, unas normas improvisadas intentaban limitar la representatividad a diez médicos por Colegio y las intervenciones a quince minutos; las ponencias debían llamarse intervenciones y someterse al control de cinco moderadores. Todas estas desconcertantes medidas en visperas inmediatas del comienzo trascendieron a organizadores y participantes, quienes decidieron oponerse a las intromisiones que las habían provocado. El Congreso estuvo a punto de irse a pique. Por fin se cedió por arriba y dieron comienzo las sesiones.

Al parecer, el espíritu de diálogo fue, a pesar de los pesares, bu-

no, el ambiente fue propicio para el intercambio de opiniones y para la comprobación de la comunidad de intereses. Entre las ponencias destacaron las del cambrativo Colegio de Médicos de Sevilla sobre el médico joven y el ejercicio libre; la de los de Barcelona sobre el pluriempleo, que resultó un documento detonante, y la de Madrid sobre Asistencia Médica Colectiva. Entre las conclusiones aprobadas por votación destacaba, a efectos prácticos, la decisión de solicitar la inmediata creación de una Sección Colegial de Médicos Jóvenes. Asimismo figuraban acuerdos que eran tomas de postura generales y definitivas: «Disconformidad con la actual organización y administración de la Seguridad Social; nuevo estudio y pronta reglamentación del régimen de hospitales; reforma de la enseñanza de la Medicina en las Facultades». Entre los restantes destacan la petición de eliminación de intermediarios y grupos financieros ajenos a la Medicina.

A partir del Congreso, las Secciones de Médicos Jóvenes, en el seno de cada Colegio, han tenido una historia dispar, con avatares singulares y dificultades crecientes al mismo ritmo que quisieran llevar a término medidas que significasen cambios en la sacrosanta estructura del «statu quo» del «establishment» médico. La historia de cada una de ellas se haría prolija: puede resumirse como una serialización de intentos-dimisiones, nuevas tentativas-boicots y combinaciones similares con clave en el principio físico de acción-reacción. Pero la reacción colegial sí ha empezado a tener en cuenta en los últimos años que, aparte de la sección propia, los médicos jóvenes son —dado el movimiento vegetativo y de aumento de posgraduados— un 10 por 100 anual mantenido desde hace varios años, una parte sustancial, casi la mayoría de votos. Y aunque de hecho, por su integración y prosperidad económica, muchos de ellos voten conservador, las candidaturas han intentado atraerse los votos de los más abiertos sentando a algunos doctores jóvenes a su mesa. En resúmenes cuentas, para huir de episodios, los Colegios —aunque haya habido excepciones esporádicas— siguen siendo un feudo conservador en el que los jóvenes, en el sentido real de la expresión, poco tienen que hacer.

La medicina real, la medicina posible

«¿Qué asignación presupuestaria global tiene la Sanidad española? ¿Es suficiente? ¿Hemos planteado la necesidad acuciante de que sea creado un Ministerio de Sanidad? ¿Funciona adecuadamente una red nacional de Servicios de Urgencia? ¿Puede admitirse el estado actual de nuestra asistencia psiquiátrica? ¿Y el de nuestros hospitales universitarios? ¿Existe una eficaz red nacional de hospitales? ¿Existen cursos de perfeccionamiento médico? ¿Por qué emigra nuestra juventud médica? ¿Por qué no se pone en vigor la Ley de especialización médica?». Esta serie impresionante de requisitorias proviene de un documento emitido por el Real e Ilustre Colegio de Médicos de la provincia de Sevilla, el 30 de abril

LOS NUEVOS MEDICOS

de 1966. Al repasar mi documentación siempre me han impresionado. A cada nuevo contacto coloquial con médicos jóvenes las he repetido para comprobar que la respuesta en 1971 sigue siendo no para las siete primeras cuestiones y hace inútiles, por obvias, las dos restantes.

Y una vez con la imagen esquemática que construye este «test» de bases-fallos, mi encuesta sobre los nuevos médicos debía invertir su perspectiva individual y social subjetiva para ir a los datos objetivos. Y de este modo tratar de dibujar, aunque sea con trazos tenues, un espectro de lo que la realidad médica es en España. De lo que no puede ser aunque los médicos jóvenes quieran, porque los datos estructurales están ahí: en metros cuadrados, en pesetas, en camas, en mortalidad y morbilidad. Porque un médico, una promoción de médicos, cuando sale de su Facultad tiene una misión abstracta altamente humanitaria y científica que cumplir, pero ha de pasar ineluctablemente por unas coordenadas estructurales a que le remite la sociedad, la economía en forma de instituciones hospitalarias de unas características o unos cauces administrativos. Incluso para ejercer la sacrosanta relación médico-enfermo, los datos vienen dados «a priori» y se ha de hacer una medicina para ricos o para pobres. Acaso no existen viejos o nuevos médicos más que en función de la medicina real, de la medicina posible. Hoy. Aquí.

La pregunta que surge cuando los nuevos médicos intentan describirme las condiciones de la sanidad española es si se pueden aplicar esquemas avanzados —científicos o sociales— en un marco de política sanitaria como el actual. O más bien si este marco hace imposible, a grandes rasgos, el intento. Y, en último término, si lo mejor que puede hacer el nuevo médico que tenga una conciencia crítica y clara de las profundas contradicciones de nuestra realidad médico-asistencial es luchar para que cambien. O irse. Claro que a medio camino hay una gama de posturas conciliadoras. Ya hemos visto, a la hora de la formación pre o posgraduada, las alternativas que se ofrecen al médico español que acaba sus estudios. Si no pasan más por el programa de docencia de residentes no es por su voluntad, las plazas son las que son y ni una más. Si sólo existen esas o si no existen otras será en virtud de algo; algo no previsto, no deseado, algo para lo que no hay presupuesto o conciencia de su necesidad. Hemos visto la especialización, se puede aplicar el mismo esquema. A la hora de emprender una actividad, muchos de los que sufren el pluriempleo preferirían una jornada completa y bien remunerada en un solo centro, que es la única forma de hacer una medicina coherente y continuada. Pero el pluriempleo remite a sueldos bajos, a horarios concebidos como media jornada, como dos horas diarias, pensando en otras oportunidades. En todo un tinglado de intereses cruzados de difícil desmontaje parcial. Hasta 1958, el terminar la carrera equivalía a entrar en unas escalas para ser médico del Seguro. Desde entonces están cerradas y a los puestos de medicina ambulatoria los jóvenes sólo pueden ir como sustitutos o interinos.

Por ello, entre otras cosas, quince

mil médicos de las últimas promociones están oficialmente excluidos del Seguro. Me informan: «Tomar el organigrama de una institución cerrada de la Seguridad Social e inquirir sobre el modo de nombramiento es encontrar una respuesta común a todos: procedimiento digital. Excepto internos y residentes, claro. No sé si es mucho malpensar —dadas las condiciones y las características del país— hablar de la posibilidad de que el nepotismo y las relaciones cuenten tanto o más que las cualidades para el puesto que va a desempeñar. Mientras tanto, un médico joven bien formado puede no tener acceso».

Pregunto a un grupo de nuevos médicos preocupados por cuestiones de política sanitaria si el índice de camas hospitalarias es válido para enjuiciar la de un país: «No sólo debe tenerse en cuenta el número de camas por mil habitantes, que es de 4,80, cuando la OMS recomienda 10, sino también el tipo de hospital. Hay bastantes, de los casi 1.600 centros hospitalarios, cuyos «standards» asistenciales, higiénicos, médicos están muy alejados de lo que la Medicina hospitalaria debe exigir hoy». En realidad, aparte de las necesidades nuevas, habría que invertir en modernizar muchos de los hoy existentes. Si no hay forma de que se pueda abordar la cohesión de la red hospitalaria que España, en 1971, no tiene, una red como la hay en todos los países europeos, incluido Portugal. En España —por lo que a hospitales se refiere— no es lo mismo ponerse enfermo en Madrid, Barcelona o en una capital de provincia, y no se diga un pueblo...

Un médico joven, bien formado, ¿qué puede hacer en un centro hospitalario privado de medios, de instrumental, de personal auxiliar preparado?, ¿qué puede hacer? «Es una cuestión de dinero, de inversiones no sólo en cantidad, sino inteligente y racionalmente planteadas...».

Sólo lo que repercute la ausencia de una red hospitalaria jerarquizada con sus hospitales generales, regionales, provinciales, comarcales, en la Medicina rural es un factor clave para comprender la virtual ausencia de las nuevas promociones médicas de los pueblos. No existen condiciones reales para hacer una buena Medicina con unas garantías razonables y los incentivos materiales han bajado mucho, en parte, por la despoblación del campo y, en parte, por no estar remunerado el puesto que es por oposición de la Dirección General de Sanidad, que, por cierto, tampoco convoca hace tiempo. Hay que ir como interino. (Pero los médicos rurales —jóvenes o mayores— y la Medicina heroica o primaria que se ven obligados a ejercer es un tema de la suficiente envergadura como para requerir un análisis especial en otra ocasión.)

Cuando se habla de centros asistenciales hay que tener en cuenta que una parte sustancial pertenece al sector privado. Los nuevos médicos tienen que asumir las condiciones de trabajo —en el sentido laboral y en el técnico— que las empresas mercantiles, las órdenes religiosas o las entidades benéfico-asistenciales de las Cajas de Ahorro (por citar las tres más características) puedan o quieran ofrecer. Junto a las excepciones aceptables que hay que hacer constar, muchos médicos jóvenes sufren tratos económicos bajos y la explotación laboral llega hasta la no-remuneración. Por lo visto, se considera que el honor y la ocasión de aprender ya es suficiente y no se toma en cuenta la labor asistencial que desempeñan. Por otra parte, son también notables las contradicciones médicas en las que bastantes centros privados incurrir. Desde el escaso retén de médicos de guardia hasta la carencia de servicios o equipamientos, hoy ya indispensables, pasando, en ciertos centros, por condiciones de asepsia dudosas

o de bajo nivel. Esto es más flagrante cuanto más poderosa es la empresa.

Las nuevas promociones ante la Seguridad Social

Aunque, por las razones ya apuntadas, el predominio del cuerpo médico de la Seguridad Social es de facultativos mayores —sobre todo en ambulatorios—, en los últimos diez años, período de esta encuesta, se puede decir que se ha asistido a un cambio radical de óptica de los médicos jóvenes ante la Seguridad Social. Con el paso progresivo de una medicina ambulatoria a la hospitalaria, y con el incremento y modernización de la capacidad sanitaria de la Seguridad Social, los nuevos médicos han empezado a incorporarse. Ya en forma de residentes o internos en las instituciones que los tienen, ya accediendo a cargo de adjuntos e incluso superiores, hoy representan una proporción considerable dentro de los cuerpos facultativos. Ellos son los que, desde dentro, son testigos y protagonistas de los avances que pueda tener la asistencia. Pero ellos son —porque viven desde dentro todas sus contradicciones— sus más implacables críticos, «porque con ello cumplimos una obligación moral que muchos olvidan: señalar los defectos para mejorarlos», me decía un grupo de jóvenes residentes y adjuntos. Para hacerse una idea de lo que puede ocurrir en un centro de la Seguridad Social habría que poner una comparación contundente —y, aunque parezca anecdótico, es significativo—: en un momento determinado pueden faltar vasos y sobrar un quirófano con su equipo completo de instrumental, que no es necesario. En ocasiones no es tanto una falta de medios como de racionalización de inversiones, de coordinación burocrática, de prioridades. Así la mayor parte de los que trabajan en hospitales de la Seguridad Social han podido comprobar experimentalmente y están de acuerdo en que la política de centros-mamut está contraindicada. Al parecer, existen estudios que demuestran que a partir de una determinada dimensión un centro resulta poco práctico para médicos y enfermos. Pero, en general, a todos los jóvenes les horripila el gasto excesivo en esos materiales suntuarios que tanto lucen a la hora de las inauguraciones, pero que en la práctica cotidiana de nada sirven. Con todo, de los testimonios de estos médicos no se puede generalizar sobre los «standards» asistenciales. Mientras unos hablan de verdadero caos, otros hablan de las excelencias y no tienen simplemente nada que objetar. Esto implica, lo mismo que la red hospitalaria, una heterogeneidad, cuando en realidad lo deseable sería una homologación. La Seguridad Social ofrece ejemplos en los dos extremos: excelencia y los que no son apenas aceptables. El caso de la clínica Puerta de Hierro, en Madrid, es paradigmático de un centro ultramoderno y de gran calidad médica —es significativo el alto porcentaje de enfermos privados de alto nivel económico que tiene— y no sería difícil encontrar ejemplos de toda una escala descendente.

El tema de la Seguridad Social desborda con mucho los límites de este estudio, pero, aparte de los

La inserción de las especialidades quirúrgicas en el contexto de la práctica socioprofesional plantea una serie de problemas suplementarios. Aparte del aprendizaje que ya vimos en capítulos anteriores, los criterios económicos de valoración del acto quirúrgico pasan por una serie de cuestiones de prestigio, e incluso mitificación de la función del cirujano, al que los nuevos médicos quisieran tratar de redefinir en el marco de una asistencia sanitaria hospitalaria científica y socialmente moderna.



Pañuelos EGIPCICIOS

Moda 1971-72 en pañolería



TOMAS CASTAÑO, S.A. creadora
de los pañuelos EGIPCICIOS
presenta sus NOVEDADES 1971.

La primera firma mundial de pañolería,
Pañuelos LEHNER de Suiza,
ha confiado a Tomás Castaño, S.A.,
la fabricación y distribución para
España de sus artículos.

pañuelos

Egipcios y *Lehner*

Moda Suiza a precios españoles



Celebrado en 1966 tras vencer algunos recelos y trabas, el Congreso de la Juventud Médica de Madrid fue constatación abierta de unos gravísimos problemas. En los animados debates que siguieron a las ponencias, los jóvenes profesionales pudieron comprobar que sus problemas no sólo arrancaban de una visión nueva y profunda de la Sanidad, ni de su voluntad de renovarla, sino de la honda necesidad de replantear totalmente el sistema socioasistencial en sus relaciones con la profesión en beneficio de una Medicina al servicio del enfermo y sin pasar por grupos de intereses de ningún tipo. A partir del Congreso de 1966, la voz de los médicos jóvenes no ha dejado de estar presente para reclamar los derechos a participar en una reforma de la Sanidad.

LOS NUEVOS MEDICOS

problemas de acceso y funcionamiento que les afectan, los jóvenes médicos se han mostrado especialmente preocupados por un aspecto concreto que afecta no sólo a la política médica, sino a la economía del país. Se trata del alarmante aumento de consumo de productos farmacéuticos que, al ritmo del once por ciento anual, hoy representa ya casi la mitad —11.000 millones— del total de gastos asistenciales médicos de la Seguridad Social. Según un reciente informe de José Luis Herrero, en «Actualidad Económica», «el actual ministro de Trabajo informó a las Cortes que, de seguir este ritmo, el incremento de los costos farmacéuticos en la Seguridad Social, dentro de tres años —esto es, en 1973—, equivaldrían a los costos totales de la asistencia sanitaria en 1970». Ya el anterior ministro, Romeo Gorría, había insistido sobre «la necesidad de que la Seguridad Social adoptase una política farmacéutica que le permitiese gastar sólo lo necesario y gastarlo bien». Un poco más adelante aclara que «la producción farmacéutica está muy lejos de una adecuada racionalización...». Veámoslo en cifras: «Las especialidades farmacéuticas registradas parece ser que son unas 25.000, aunque las comercializadas sólo son unas 16.000 y con vida real en el mercado sólo habrá unas 6.000. De ellas, 400 especialidades representan el 57,2 por 100 del mercado, aunque estas 400 se subdividen en 1.253 formas diferentes». Esta cifra explica que en aras de la competencia, los laboratorios gastasen 3.800 millones de pesetas en publicidad en 1968. El sector farmacéutico representa, según analistas de nuestra estructura económica, uno de nuestros más espectaculares «booms», con todas sus implicaciones de inversiones, beneficios, inversiones extranjeras y con una cuota alta de influencia en los centros de decisión.

«Estos datos son preocupantes —me decía un joven médico que tiene un puesto de sustituto en un ambulatorio—, pero acaso son más significativos los que resultan de la política de ambulatorios. Aquí yo tengo una hora, extensible a dos, para visitar el número de enfermos que vengan. Poco se puede hacer, pero con un mínimo de organización se puede explorar algo, ordenar unos análisis, etcétera. Pero una gran parte de los médicos que asisten a este ambulatorio, de la hora que tienen asignada, muchos días sólo están media, porque llegan tarde o se van antes... En una hora, estamos de acuerdo, se puede hacer poco; en dos, el doble, y en media, la mitad. Creo que no hay derecho a que ese doctor se queje. No se gana las casi veinte mil pesetas que percibe. Y, desde luego, no es de extrañar que con estos records de tiempo sólo se recete y se recete demasiado y mal, de forma nociva a veces». Creo que es sumamente interesante el testimonio de este médico joven para entender unos aspectos capitales de la Seguridad Social. El caos organizativo y los errores de concepción son importantes, algunos aspectos están reconocidos por la propia Administración en la medida que, al parecer, están recogidos en los principios de la ley de reforma de la asistencia sanitaria. Actualmente, la Seguridad Social cubre, en teoría, a veinticuatro millones novecientos vein-

tis mil personas. Es decir, personas que cotizan, que se pagan su derecho a ser asistidas mediante un sistema de cuotas que, paradójicamente, grava más cuanto menos se gana. La participación del Estado en su financiación es la más baja de Europa —me explican—, porque de los 170.000 millones de presupuesto anual de la Seguridad Social (de los que el 22 por 100 va a asistencia sanitaria), la contribución estatal es de sólo 8.500 millones (en los países de la Comunidad Económica Europea, el Estado aporta el 25 por 100 del total, como media). Y encima, anualmente tiene superávit que se destina a invertir en el INI. Con razón dijo el ministro de Trabajo: «La Seguridad Social es una empresa demasiado importante para que la asumamos nosotros solos, los políticos y los técnicos. La participación de los interesados ha de seguir siendo decisiva». Pero según un concienzudo estudio de A. Serrano e I. Cruz sobre la financiación de la Seguridad Social, aparecido en la revista «Mundo Social»: «Las dos finalidades de la Seguridad Social, la asistencial y la mejora en la distribución de las rentas, no se cumplen por la deficiente estructuración de nuestro sistema... Es paradójico que un sistema que se caracteriza por unas prestaciones escasas mantenga tan altos niveles de superávit. Parece como si la escasez de las prestaciones no se debiese al bajo nivel de cotizaciones, sino a una voluntad de ahorro». Los jóvenes médicos tienen en este análisis algunas claves que explican parte de sus problemas.

Una emigración que no va a hacer fortuna

En general, existe penuria de datos estadísticos sobre la Sanidad. Y los que existen son difícilmente coincidentes. Pero lamento especialmente no poder disponer de las cifras concretas de nuestra emigración médica. Hasta hace unos quince años las becas exteriores escaseaban y los contactos internacionales tampoco permitían una fluidez para los contratos de médicos españoles con destino a hospitales extranjeros. Pero desde mediados los años cincuenta a esta parte, la

cantidad de doctores que han emprendido el camino de la emigración ha sido un «crescendo» de centenares, acaso varios miles. La diáspora médica puede producirse de varias modalidades. Una gran parte acuden a realizar un programa de residentes en virtud de acuerdos culturales, otros toman sus contactos a través de Consulados y Embajadas o escriben a hospitales que ofrecen puestos de baja cualificación. Las diferencias entre unos y otros estriban en que los primeros van a realizar un período completo de formación programada y de responsabilidades crecientes de un alto valor profesional. Los segundos pueden —según en qué centro aterricen— realizar una labor rutinaria, que si bien les permite ganarse la vida con los «standards» de remuneración no-españoles, no les permite un riguroso formativo. Ahora bien, como el sistema de contratación extranjero es móvil y flexible, bien puede ser que en su segundo o tercer contrato tengan acceso ya a un hospital mejor y a una especialización de interés considerable. Con todo, el nivel de práctica en ambos casos supera, por lo general, al que puedan tener los colegas que permanecieron en el país. Hay excepciones por un lado y otro. Los pocos que en España hayan tenido acceso a un programa de residentes en el que se lleve con un mínimo de rigor pueden superar a los que no alcancen a un hospital extranjero de «standards» pobres.

Pero, en definitiva, parece generalmente admitido que los programas de residentes en los Estados Unidos suelen ser de una intensidad —tanto formativa como asistencial— de alto nivel de eficacia. He conocido médicos españoles antes de irse a Estados Unidos. Y sé por muchos de ellos que sólo la ilusión puesta en una formación médica profunda, que el país no puede darles, puede compensar el esfuerzo de abandonarlo por un plazo que no baja de los cinco años. Me consta que es una época apasionante de experiencias humanas y científicas, pero también la dureza de las condiciones de vida —es un auténtico maratón de trabajo— unida a la natural añoranza del medio social propio. Y, sobre todo, a medida que se

avanza en una especialización y se conocen unas técnicas cada vez más a fondo y que, por tanto, se acerca la hora del regreso al propio país, la inquietud aumenta. Los sondeos previos, los contactos amistosos, las peticiones de información a nivel que sean empiezan a suscitar la sospecha. Al llegar al propio país, la confrontación de un «currículum» acreditativo de una ciencia, de unas experiencias clínicas, de unas técnicas quirúrgicas que, cuantitativa y cualitativamente, aquí pocos pueden estar a la altura de emplear y desarrollar surten una especie de efecto negativo.

La constatación es dura. A su regreso, el médico español que ha realizado una permanencia docente en los Estados Unidos o en Gran Bretaña tiene las mismas dificultades para encontrar trabajo que cualquier colega suyo que no haya tenido oportunidad de irse ni formarse del mismo modo. Pero no sólo es que muchos de ellos no encuentren un puesto de la categoría clínica que les correspondería por sus conocimientos, sino muchas veces ni siquiera inferiores. La readaptación al medio hospitalario español, a las estructuras de la sanidad española, al pluriempleo, a la escasez de medios, al atraso científico y, sobre todo, a la desesperante sensación de que todo lo aprendido no puede ser puesto en práctica produce un grado de frustración profesional muy importante. Bien es verdad, hay que decir en honor de la justicia, que algunos de ellos logran, a un plazo u otro, ser reconocidos adecuadamente y que hoy ocupan puestos de responsabilidad y gozan de consideración profesional adecuada. Pero también es lamentablemente cierto que una gran parte sufren esta terrible contradicción. Es curioso y significativo que no sean las propias autoridades sanitarias españolas las interesadas en crear un organismo de recuperación de cerebros médicos que cuide de su reinserción y valoración en los esquemas asistenciales del país.

No es el momento de entrar en casuística concreta, porque sería interminable hablar de casos de cirujanos de alta especialización, internistas con experiencia de investigación y docencia, médicos que han empalmado un quinquenio de residencia con contratos en prestigiosísimos centros clínicos americanos para cargos de más envergadura, y otros tantos que, al llegar aquí, tienen a lo sumo puestos anodinos, por supuesto al servicio de gente que no valora su especialización, por no hablar de la consideración económica, a la que apenas dan crédito. «Lo grave de todo este problema de la emigración médica —me decía un joven doctor que tiene reconocidos los «boards» de especialización quirúrgica en los Estados Unidos y hoy no encuentra trabajo aquí— no es que se produzca, sino las consecuencias del regreso. La frustración es tal que, si no se supera, provoca la voluntad de regresar a la emigración. Y el que se va por segunda vez, ése ya no vuelve». Desgraciadamente es exacto. Y gracias a esta situación, tan triste a nivel personal para muchos, hospitales norteamericanos, canadienses, ingleses, tienen en sus cuerpos médicos —y a veces en cargos muy elevados— a especialistas españoles que, al parecer, no hacen falta en su país. ■ G. L. D.-P. Fotos: ARCHIVO.