

**E**N julio de 1971 se establecieron las bases para una Reforma de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Desde entonces había quedado pendiente la elaboración de un Reglamento General de Régimen, Gobierno y Servicio de sus Instituciones Sanitarias.

El Anteproyecto de este Reglamento fue sometido a crítica por el personal sanitario de los hospitales de la Seguridad Social. Los médicos internos y residentes y los ayudantes técnico-sanitarios de algunos hospitales señalaron entonces varios defectos de este Anteproyecto. Entre ellos destacaban en importancia: 1.) La diferenciación entre hospitales con jornada de trabajo distinta, lo cual implica diferencias de categoría y de funcionamiento asistencial, científico y docente. 2.) La posibilidad de asistencia hospitalaria a enfermos privados.

Se redacta este Informe ante la publicación de la orden del Ministerio de Trabajo por la que se aprueba dicho Reglamento. Su objetivo es dejar patente las condiciones de desarrollo histórico de la Seguridad Social; la financiación actual de la Seguridad Social española; su enorme insuficiencia sanitaria, y examinar cuáles y de qué tipo son los intereses de los que propugnan la asistencia a enfermos privados en las Instituciones de la Seguridad Social.

#### **NACIMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

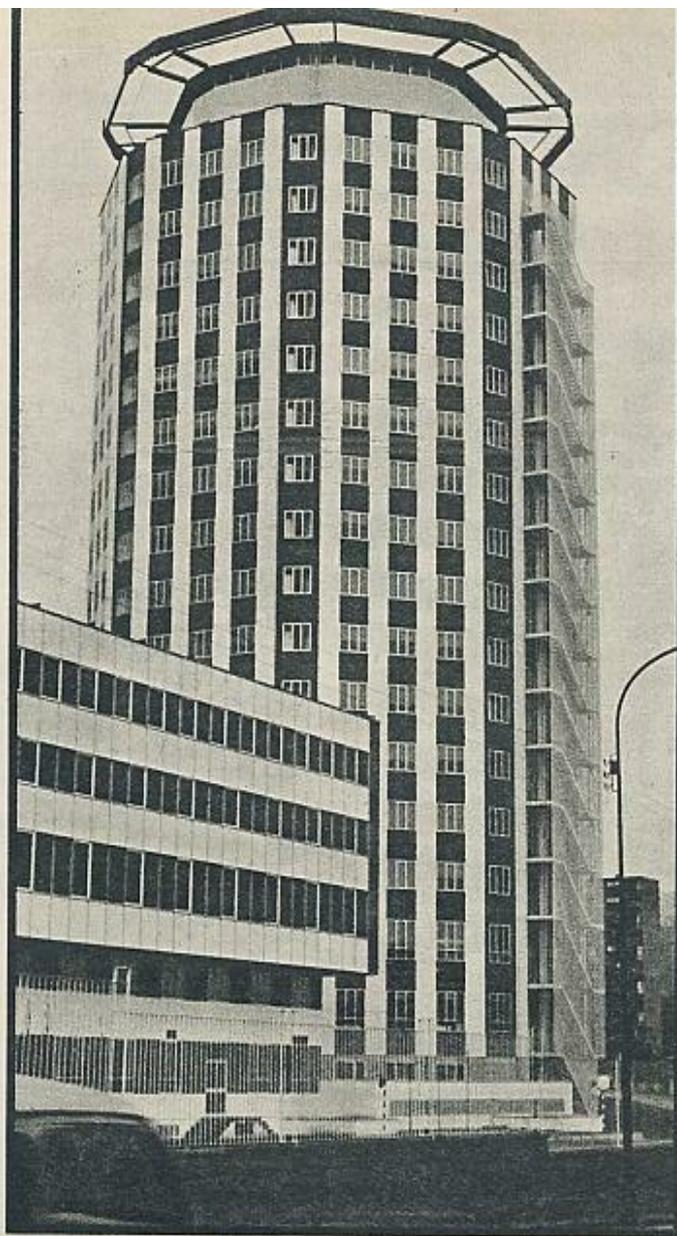
El origen y desarrollo de la Seguridad Social viene determinado por las nuevas condiciones surgidas con el desarrollo del capitalismo, entre las que sobresalen la lucha reivindicativa y la presión de la clase trabajadora y las mismas necesidades del capital interesado en mantener la estabilidad y la capacidad productiva de los trabajadores.

En los países capitalistas, la Seguridad Social nunca ha nacido como un sistema público para atender a las necesidades de la población, sino que en sus comienzos únicamente cubre ciertos riesgos que los trabajadores son incapaces de satisfacer con su economía privada. La extensión progresiva a toda la población sigue un desarrollo paralelo a la evolución desde un capitalismo liberal al capitalismo monopolista de Estado.

Inicialmente, el Estado propicia, sin participar económicamente, los sistemas de mutualidades que los mismos trabajadores financian para hacer frente a las desgracias. Pronto, pese a que no contribuye a la financiación de estos sistemas, el Estado se convierte en su controla-

dor y gestor. La función de redistribución de la renta que el Estado podría cumplir al ayudar con los fondos públicos a la población más necesitada no comienza a formular-

se «teóricamente» hasta hace poco tiempo. Es entonces cuando su aportación económica a la Seguridad Social se hace progresivamente mayor.



El desarrollo científico-técnico, la presión social, la necesidad de atender los riesgos más notorios que ya casi la totalidad de la población es incapaz de satisfacer de modo individual, son factores que facilitan en este momento la progresiva extensión de la Seguridad Social a la totalidad de la población bajo una **aparición socializadora**. Por eso, el hecho de que la satisfacción de ciertas necesidades sea hoy inasequible a la economía privada y de que existan razones de orden científico, técnico y económico para la asistencia pública, no es condición suficiente para explicar la necesidad de un sistema socializado en el sentido fuerte del término. Son la propiedad colectiva, la gestión y control colectivos y el interés colectivo los caracteres que imprimen el sello a un verdadero sistema socializado.

La asistencia pública que da la Seguridad Social en las sociedades capitalistas es un índice del desarrollo del capital y, por tanto, un hecho coherente con la evolución histórica del sistema capitalista. No se puede mantener, de este modo, que la Seguridad Social constituya un sistema socializado en sentido estricto en el seno de sociedades capitalistas, como argumentan los sectores conservadores opuestos a la ampliación de la Seguridad Social. Es el desarrollo del capitalismo el que impone la necesidad de esta asistencia pública, como se puede constatar al examinar los países europeos de capitalismo avanzado.

En este contexto, ¿qué significado puede tener la crítica de la Medicina privada en España? Aparentemente parece tratarse de una crítica «desde dentro» del sistema capitalista por estimar que las nuevas condiciones históricas invalidan los modos de producción y las prácticas profesionales correspondientes a estadios ya superados. Por eso parecen razones de segundo orden las que propugnan la extensión de la Seguridad Social a la totalidad de la población con la financiación absoluta por el Estado. Sin embargo, hoy en España, la existencia de una deficiente asistencia por parte de la Seguridad Social, la casi completa financiación por los trabajadores, la escasísima aportación estatal, la existencia de sectores de población desatendidos por la Seguridad Social y la existencia de un sector de la burguesía defensor de la Medicina privada, colocan la crítica de estas cuestiones a un nivel político de la mayor importancia.

# **LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA**

# INFORME MIR

## ¿QUIEN PAGA LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA? (1)

En la financiación de la Seguridad Social participan: las empresas, los trabajadores y el Estado. Su participación es la siguiente:

Cotización de empresas ...	80 %
Cotización de trabajadores. ...	15 %
Aportación del Estado ...	5 %

Interesa destacar:

La cotización de las empresas a la Seguridad Social es una parte de lo que les corresponde a los trabajadores, de tal manera que este dinero que no se le paga directamente al trabajador constituye un salario diferido que pertenece al trabajador.

Como el salario mínimo es la base de cotización para la Seguridad Social (2), si se mantiene bajo, quienes se benefician principalmente son las empresas, que de esta manera no le pagan a la Seguridad Social este salario diferido en proporción a las necesidades de ingresos que tiene. El mantenimiento de un salario mínimo bajo beneficia, por tanto, a las empresas y perjudica al trabajador, que no recibe las prestaciones ni en cantidad ni en calidad adecuadas a sus necesidades.

Tanto la cotización de las empresas como la cotización directa de los trabajadores son costes de producción, es decir, es dinero que sale directamente de la parte destinada al pago de los trabajadores y que no afecta a la cifra de beneficios, puesto que los precios se fijan a partir de los costes de producción.

En la proporción anterior se pone de manifiesto la escasa participación del Estado, lo cual impide el aumento de los ingresos de la Seguridad Social y el consiguiente aumento de las prestaciones a los

(1) Referencia: ¿Quién paga la Seguridad Social?, A. Serrano e I. Cruz. «Mundo Social», núm. 188, mayo 1971.

(2) Más precisamente, las bases de cotización se fijan a partir del salario mínimo. Se establecen doce bases de cotización, correspondientes a distintas categorías profesionales.

La Ley sobre Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social, aprobada en junio de 1972 por las Cortes, no establece ningún cambio sobre la estructura financiera de la Seguridad Social, limitándose a intentar unas prestaciones económicas (ayudas, pensiones, subsidios) según el salario real. Para mayor discusión del problema remitimos al lector a: «Mundo Social», núm. 195, enero 1972; «Cuadernos para el diálogo», núm. 102, marzo 1972; «Cambio 16», núm. 17, marzo 1972.

asegurados. Esta escasa aportación del Estado hace que casi toda la financiación de la Seguridad Social recaiga sobre los trabajadores e impiden que participen significativamente las rentas no salariales (beneficios); aún así esta participación de los beneficios a través del Estado sería mínima, puesto que el actual sistema fiscal está más basado en impuestos indirectos que en impuestos sobre la renta.

De otro lado, la escasa participación estatal impide que la Seguridad Social se constituya en Sector Público con beneficios para todas las personas, pues existen núcleos de población que por las características de su trabajo no entran dentro del Régimen General de la Seguridad Social y se ven abocados a costearse las necesidades médicas y farmacéuticas individualmente.

Teóricamente, a través de la Seguridad Social se pretenden crear las bases para lograr una redistribución de la renta, de modo que aquel que percibe un salario más alto cotice proporcionalmente a la Seguridad Social. Sin embargo, advertimos que con el sistema actual sólo se pretende lograr una redistribución de las rentas salariales; pero, dada la escasa participación del Estado, no afecta a la redistribución de las demás rentas (beneficios). La existencia de un tope en las actuales bases de cotización hace que aquellos que perciben un salario real próximo a las bases de cotización paguen proporcionalmente más que aquellos que tienen un salario real muy alejado de su base de cotización. Se llega incluso a una situación paradójica en que el tra-

bajador que percibe el salario mínimo cotiza por todo su salario, mientras que las categorías superiores cotizan por una parte muy pequeña de sus retribuciones.

Hemos de mencionar brevemente cómo la Seguridad Social, que mantiene una gran insuficiencia sanitaria y unas prestaciones económicas exiguas, invierte una parte considerable de sus ingresos en títulos del Estado (cédulas para inversiones, deuda universitaria, etcétera) y especialmente en Obligaciones del INI, dando lugar a que la Seguridad Social se convierta en instrumento de ahorro forzoso para sostener las estructuras deficitarias del país.

## ASISTENCIA SANITARIA

En varias ocasiones, los Médicos Internos y Residentes (MIR), y recientemente el Congreso de la Juventud Médica, han insistido en la gran insuficiencia sanitaria de la Seguridad Social.

La Seguridad Social se ha extendido progresivamente en los últimos años, hasta ocuparse, en 1971, de 29.029.406 personas, lo cual supone un 85 por 100 de la población española. (Cuadro 1.) Actualmente existen en ejercicio 36.000 médicos para un total de la población española de 33.629.220 habitantes, lo que supone un médico por cada novecientas personas, que es inferior al promedio europeo de un médico por cada setecientas personas e inferior a la cifra estimada adecuada de un médico por cada quinientas personas.

Es revelador el cuadro que repro-

ducimos (cuadro 2) tomado de una comunicación al Congreso de la Juventud Médica, según una encuesta realizada en treinta y seis provincias españolas con un total de veintidós millones de habitantes. Según esta encuesta, los 24.000 médicos en ejercicio desempeñan 40.000 puestos de trabajo, con un promedio de 1,6 puestos de trabajo por médico. Estos médicos atienden un promedio aproximado de novecientas veinticinco personas cada uno, aunque en algunas provincias (Galicia y Extremadura principalmente) se llega a las proporciones de un médico por mil trescientos habitantes, lo cual indica, además de la escasez, una desigual distribución de los médicos.

La Seguridad Social utiliza entre 28.000 y 29.000 médicos para los 29 millones de personas aseguradas. Según el promedio nacional médico/habitantes debería recurrir a 31.000 médicos, y según el promedio establecido debería utilizar a 46.000 médicos. Esta deficiencia es aún más notoria si estimamos el escaso tiempo que dedican los médicos de la Seguridad Social a la consulta de los enfermos, lo cual se traduce en una deficientísima calidad de la Medicina practicada, y hace enormemente ridículas las proporciones médico/asegurados antes señaladas. La sobresaturación de las consultas y la experiencia de población asegurada y médicos corroboran estos datos.

Algunos trabajos (Informe Baltar. TRIUNFO 476, nov. 1971) han señalado que la razón camas hospitalarias/habitantes en España es la más baja de Europa, con un índice de 4,7 por 1.000, mientras que el promedio europeo es de 9 por 1.000, y la estimación de la OMS es de 10 por 1.000. Si tenemos en cuenta que la seguridad Social atiende a 29 millones de personas y que dispone de 26.669 camas propias y 12.500 concertadas con otras entidades, obtenemos un índice de 1,34 camas por 1.000 asegurados, es decir, muchísimo más bajo que el promedio de España. (Cuadro 3.) Si la Seguridad Social siguiese el ya pobre índice español tendría que disponer de 126.000 camas (repetimos que dispone de 39.169), y si atendiésemos al índice medio europeo precisaría 261.000 camas (3).

(3) Para el III Plan de Desarrollo (1972-1975) se prevé «un aumento de más del 30 por 100 del número de camas actualmente existente» («III Plan», página 312). Nos preguntamos qué puede esperarse de un incremento de 8.100 camas frente a la gran deficiencia existente y a las necesidades crecientes de hospitalización.

CUADRO NUM. 1

### NUMERO Y DISTRIBUCIONES DE PERSONAS PROTEGIDAS POR LA SEGURIDAD SOCIAL Y COMPARACION CON EL CENSO NACIONAL (Cifras estimadas para 1971)

Régimen general .....	19.711.821
Regímenes especiales.	
Agrario:	
Trabajadores por cuenta propia .....	3.395.545
Trabajadores por cuenta ajena .....	2.923.369
Pensionistas .....	995.957
Trabajadores del mar .....	130.519
Empleados del hogar .....	214.367
Seguro escolar .....	156.406
<b>TOTAL .....</b>	<b>27.529.406</b>
Pensionistas asistidos por la Seguridad Social «18 de julio». Pensionistas de Mutualidades .....	1.500.000
Población protegida obligatoriamente .....	29.029.406
Censo nacional (1971) .....	33.629.529

Comunicación al Congreso de la Juventud Médica. Quesada Sanz. Valencia, junio de 1972.

CUADRO NUM. 2

PROVINCIAS	Población	PUESTOS MEDICOS		Médicos en ejercicio	A: C Hab./Méd.	B: C Puest./Méd.
		Número	Tanto por mil de población			
	A	B	B	C	D	E
Alava .....	—	—	—	—	—	—
Albacete .....	335.026	649	1,937	497	674	1,30
Alicante .....	920.105	867	0,942	998	921	0,86
Almería .....	—	—	—	—	—	—
Asturias .....	—	—	—	—	—	—
Avila .....	203.798	470	2,306	235	867	2,00
Badajoz .....	687.599	1.175	1,708	553	1.243	2,12
Baleares .....	558.287	1.409	2,523	988	565	1,42
Barcelona .....	3.929.194	7.645	1,945	4.521	869	1,69
Burgos .....	358.075	698	1,949	394	908	1,77
Cáceres .....	457.777	821	1,793	433	1.057	1,89
Cádiz .....	885.433	999	1,128	656	1.349	1,52
Castellón .....	385.823	876	2,270	451	855	1,94
Ceuta .....	—	—	—	—	—	—
Ciudad Real .....	507.650	810	1,595	393	1.291	2,06
Córdoba .....	724.116	1.320	1,822	892	811	1,47
Coruña, La .....	1.004.188	1.391	1,385	905	1.109	1,53
Cuenca .....	247.158	419	1,695	256	965	1,63
Gerona .....	414.397	1.056	2,548	545	760	1,93
Granada .....	733.375	1.758	2,397	820	894	2,14
Guadalajara .....	147.732	286	1,935	179	825	1,59
Guipúzcoa .....	—	—	—	—	—	—
Huelva .....	397.683	620	1,559	336	1.183	1,84
Huesca .....	—	—	—	—	—	—
Jaén .....	—	—	—	—	—	—
León .....	548.721	1.066	1,942	603	909	1,76
Lérida .....	347.015	495	1,426	345	1.005	1,43
Logroño .....	235.713	427	1,811	294	801	1,45
Lugo .....	415.052	301	0,725	253	1.640	1,18
Madrid .....	—	—	—	—	—	—
Málaga .....	867.330	1.805	2,081	695	1.247	2,59
Melilla .....	—	—	—	—	—	—
Murcia .....	832.313	1.258	1,511	1.063	782	1,18
Navarra .....	—	—	—	—	—	—
Orense .....	413.733	594	1,435	323	1.280	1,83
Palencia .....	198.763	475	2,389	248	801	1,91
Palmas, Las .....	579.710	893	1,540	531	1.091	1,68
Pontevedra .....	750.701	1.242	1,654	678	1.107	1,12
Salamanca .....	371.607	692	1,862	539	689	1,28
Santander .....	467.138	899	1,924	859	543	1,04
Segovia .....	162.770	287	1,763	207	786	1,38
Sevilla .....	—	—	—	—	—	—
Soria .....	—	—	—	—	—	—
Tarragona .....	—	—	—	—	—	—
Tenerife .....	—	—	—	—	—	—
Teruel .....	170.284	336	1,973	183	930	1,83
Toledo .....	468.925	1.037	2,211	433	1.082	2,39
Valencia .....	1.767.327	4.043	2,287	1.842	959	2,19
Valladolid .....	412.572	879	2,130	507	813	1,73
Vizcaya .....	—	—	—	—	—	—
Zamora .....	251.934	328	1,301	291	865	1,12
Zaragoza .....	—	—	—	—	—	—
	22.159.024	40.027	65,402	23.946	925	1,67
			36			
			= 1,816			

Comunicación al Congreso de la Juventud Médica. Quesada Sanz. Valencia, junio 1972.

Obtendríamos datos todavía más alarmantes si valorásemos en la actualidad cuál es el equipamiento médico-sanitario correspondiente a cada «cama hospitalaria», que si bien en algunos hospitales de la Seguridad Social está a un nivel aceptable, en su mayoría está muy por debajo de la media europea. Todo esto nos llevaría a plantear cuál es el rendimiento asistencial y científico de las «camas hospitalarias» que según nuestras observaciones reflejan el estado actual de la calidad médica e investigadora en España.

### MEDICINA PRIVADA EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El análisis de lo que supone la existencia de la práctica de la Medicina privada en los hospitales de la Seguridad Social se hace según la experiencia recogida en el único centro en que hasta ahora se ha realizado de un modo oficial en virtud de la denominación de «Centro Especial»: la Clínica Puerta de Hierro. Este centro ha sido utilizado como punto de referencia para establecer la asistencia a enfermos privados en todos los hospitales de la Seguridad Social, tal como se señala en el Reglamento sobre las Instituciones de la Seguridad Social.

### ENFERMOS PRIVADOS-ENFERMOS ASEGURADOS

La distinta atención hospitalaria entre enfermos privados y enfermos asegurados se refleja en las siguientes cifras: Se estima (4) que el número de camas de instituciones privadas representan alrededor de 40.000 para un total aproximado de cinco millones de personas, lo que significa una proporción de ocho camas por mil personas, próxima a la media europea y a la estimación de la Organización Mundial de la Salud, mientras que la razón camas/asegurados es de 1,34 por mil.

Como indicamos más arriba, los hospitales de la Seguridad Social muestran grandes deficiencias en capacidad y en calidad (camas, medios técnicos, personal auxiliar, médicos) para atender a los enfermos asegurados. Existe una clara experiencia objetiva de cómo la escasez y deficiencia sanitaria de la Seguridad Social provoca que muchos enfermos asegurados tengan que recurrir a médicos y sanatorios privados. Inversamente observamos

(4) Informe Baltar, ya citado.

cómo los enfermos privados, además de disponer de médicos e instituciones privadas, disponen (dispondrán) de los hospitales de la Seguridad Social.

## MEDICINA PRIVADA-HOSPITALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La práctica de la Medicina privada en hospitales de la Seguridad Social supone la presencia de una práctica liberal en el seno de una institución esencialmente social. Es decir, supone la utilización para beneficio privado de medios y recursos sociales (medios técnicos, equipamiento sanitario, personal auxiliar, laboratorios, etc.). Existe, pues, una apropiación individual clara de medios que de suyo pertenecen a la colectividad.

De esta manera los «medios de producción propios» (aparatos de Rayos X, consultorio, enfermera, etcétera), característicos de la Medicina liberal, dejan de utilizarse a cambio de la utilización de los «medios de producción colectivos» con beneficios ventajosos para quien ejerce la Medicina privada.

## MEDICINA PRIVADA-MÉDICOS DE LOS HOSPITALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los médicos que practican la Medicina privada en los hospitales de la Seguridad Social «utilizan» para su beneficio y prestigio la labor en equipo realizada por el conjunto hospitalario.

En el campo estrictamente médico, los Médicos Internos y Residentes realizan la labor asistencial principal, lo que permite a los médicos de plantilla un tiempo adicional, que, en lugar de dedicarlo a una mayor formación y organización de su equipo de trabajo, a la realización de investigación clínica, etcétera, y por lo cual percibe un salario de la Seguridad Social, lo dedica a atender a sus enfermos privados. (Cuadro 4.)

Los médicos que practican Medicina privada en estos hospitales utilizan, además, parte del tiempo laboral pagado por la Seguridad Social a la atención de enfermos privados. Es decir, son pagados por su dedicación completa a la Seguridad Social, pero sólo invierten en ella una parte de su tiempo de trabajo. De este modo, el médico que atiende a enfermos privados en hospitales de la Seguridad Social comete un fraude clarísimo a la población que paga la Seguridad Social.

Evidentemente, la razón fundamental que explica la existencia de la Medicina privada en los hospitales de la Seguridad Social es el in-

CUADRO NUM. 3	
CAMAS HOSPITALARIAS. Cifras redondeadas por estimación	
Camas hospitalarias existentes en el país .....	155.000
Camas propias de la Seguridad Social .....	26.669
Camas concertadas por la Seguridad Social .....	12.500

Comunicación al Congreso de la Juventud Médica. Quesada Sanz. Valencia, junio de 1972.

CUADRO NUM. 4	
SUELDOS SEGUN FUNCION Y TIEMPO DE DEDICACION	
1. Jefes de departamento, catedráticos de Medicina (a pleno tiempo) .....	70.290
2. Jefes de departamento, con jornada de ocho horas .....	49.985
3. Jefes de departamento, con jornada de seis horas .....	42.490
4. Jefes de servicio, con jornada de ocho horas .....	46.860
5. Jefes de servicio, con jornada de seis horas .....	39.050
6. Jefes clínicos y jefes de sección, con jornada de ocho horas .....	39.050
7. Jefes clínicos y jefes de sección, con jornada de seis horas .....	31.240
8. Médicos adjuntos y o ayudantes, con jornada de ocho horas .....	31.240
9. Médicos adjuntos o ayudantes, con jornada de seis horas .....	21.870

«Boletín Oficial del Estado», 4. VIII. 1971, pág. 12.722. Estos sueldos se incrementaron recientemente en un 12 por 100 (abril 1972).

CUADRO NUM. 5				
CLINICA PUERTA DE HIERRO				
Año	Enfermedad asegurados	Enfermedad privados	Enfermedad totales	% privados
1968 .....	8.513	2.691	11.204	24
1969 .....	9.740	3.301	13.041	25,3
1970 .....	11.493	3.738	15.231	24,5
1971 .....	13.830	4.136	17.966	23,0
1972 (30 junio) .....	8.471	2.297	10.768	21,1

Cifras recogidas directamente de los enfermos registrados en los libros de admisión. Los errores que pudiera haber son atribuibles a la limitación para la confección de este cuadro.

terés económico de un determinado sector de médicos (y no la razón defensiva que en ocasiones dan, según la cual, como la Seguridad Social no acoge a toda la población, ésta no tiene por qué hallarse desprovista de la atención en los modernos hospitales de la Seguridad

Social), puesto que estos médicos ni siquiera estarían dispuestos a aceptar que los enfermos privados sean atendidos en las mismas condiciones que los enfermos asegurados, y que los ingresos obtenidos por su atención vayan directamente a la Institución Sanitaria y no como

en la actualidad a un médico concreto.

Según lo anteriormente expuesto, y conociendo la evolución de la Seguridad Social en España, se da el fenómeno de que existe una tendencia a la ocupación de puestos hospitalarios de la Seguridad Social por parte de unos médicos que todavía conservan la mentalidad y los intereses correspondientes a una práctica liberal por más que, en ocasiones, hagan alarde de dedicación científica.

## ENFERMOS PRIVADOS-HOSPITALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los enfermos privados que se ven en estos hospitales inevitablemente son enfermos con poderosos medios económicos, puesto que de otro modo no podrían costear los elevados gastos que esta asistencia supone (categoría del médico que le atiende, análisis, medicos, camas, etcétera). Existe otro grupo de enfermos privados que necesariamente tiene que ir a otro tipo de centros, igualatorios, seguros libres, etcétera.

De gran significación es la gran rapidez, sin necesidad de pasar trámites burocráticos y sin afectarle la sobrecarga asistencial del hospital, con que se atiende al enfermo privado, mientras el enfermo asegurado padece las consecuencias de la sobrecarga a que se ven sometidos los hospitales de la Seguridad Social. Otro hecho que escapa a la consideración objetiva, pero que no escapa al observador más torpe es la discriminación en el trato personal entre enfermos privados y enfermos asegurados.

## LA CLINICA PUERTA DE HIERRO

Sale del objetivo de este informe criticar el número y la calidad de los trabajos científicos elaborados en esta clínica en relación con la magnífica dotación hospitalaria de que dispone y con el carácter de Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas de la Seguridad Social. El número de enfermos privados atendidos en esta clínica, revela más claramente una actividad que puede quedar encubierta bajo la aparente pero ligera capa de la ciencia. (Cuadro 5.)

Este informe pretende incidir sobre los aspectos contradictorios más importantes de la Seguridad Social. Pensamos que muchos de entre ellos merecen un desarrollo más profundo y extenso. ■ Grupo MIR (Médicos-Internos-Residentes).