
ESTRUCTURA DE LA PROFESION MEDICA ESPAÑOLA *

Josep A. Rodríguez

Teorías sobre la profesión médica

Las características especiales de la profesión médica la han convertido, junto a la profesión de abogado, en el *tipo-ideal* de profesión. Desde la segunda guerra mundial ha sido el eje central el desarrollo de los estudios y teorías sobre las profesiones en el mundo contemporáneo. Hasta mediados de la década de los sesenta, los trabajos sobre profesiones están dominadas por los intelectuales norteamericanos. Cabe destacar de entre ellos a Wilensky (1969), Greenwood (1957), Barber (1963), Talcott Parsons (1939, 1968), W. J. Goode (1969) y W. Moore (1970). A pesar de las diferencias en su trabajo, el denominador común entre todos ellos es el énfasis puesto en el carácter especial del conocimiento y pericia de la profesión, y en su orientación altruística hacia sus clientes y la comunidad. Se presenta a las profesiones como honorables sirvientes de las necesidades públicas, como ocupaciones fácilmente identificables por la aplicación de sus conocimientos y técnicas esotéricas y complejas para atender las necesidades sociales.

Sin embargo, a partir de la mitad de la década de los sesenta se produce

* Este artículo es parte de un estudio realizado para el programa de «Ayudas a Investigadores en Ciencias Sociales», del Centro de Investigaciones Sociológicas (en 1986). Agradezco al CIS la beca otorgada, así como las sugerencias y críticas de Jesús M. de Miguel.

un cambio en la orientación de los especialistas británicos y norteamericanos. Se pasa de las opiniones de aprobación a las de desaprobación. Se ataca la idea de las profesiones y se deja de lado el estudio de las normas profesionales y de las relaciones con los clientes para dar más importancia a los factores económicos y políticos (Freidson, 1986). Las aportaciones intelectuales más recientes se centran en la influencia política y cultural de las profesiones (Freidson, 1970; Ehrenreich, 1978), en las relaciones de las profesiones con el aparato político del Estado y las élites política y económica (Johnson, 1972) y en la relación de las profesiones con el mercado y el sistema de clases (Starr, 1982; Larson, 1977). Para estos autores el factor crucial es la efectividad de las instituciones monopolísticas de la profesión y su alto *status* social y ocupacional. El conocimiento, la pericia y la orientación ética y altruística son definidos como ideología (ideología del profesionalismo) utilizada por las profesiones para ganar y mantener *status* y privilegios. A partir de este momento el concepto de *poder* —que sustituye a la idea de experto— se convierte en la pieza central del discurso (e investigación) sobre las profesiones.

La profesión médica ha logrado en las últimas centurias un *status* que la convierte prácticamente en autónoma con respecto al resto de la sociedad y en cabeza de la organización sanitaria (Sigerist, 1951). Tal es su importancia que las profesiones paramédicas tienen legitimado su *status* únicamente en función de su relación (de subordinación y dependencia) con el médico. La profesión médica no sólo controla exclusivamente su propio trabajo, sino que además controla y organiza el trabajo de otras ocupaciones que se establecen alrededor de ella en su labor asistencial. De sus relaciones con el poder establecido, o sea, con el Estado, la profesión médica ha sido uno de los grupos profesionales más claramente favorecidos. Para asegurarse un lugar privilegiado en la economía busca el apoyo del Estado y articula y acomete con éxito lo que Larson (1977) define como «proyecto de mercado», logrando un *refugio* (especie de clausura social) *exclusivo en el mercado de trabajo*, en el cual no compite con ninguna ocupación rival (Freidson, 1983; Perkin, 1979; Collins, 1979). Gracias al monopolio de un conocimiento altamente especializado, y también, sin duda, a la labor protectora de las instituciones profesionales, consigue un abrigo seguro en el mercado de trabajo que la protege frente a la competencia del mercado capitalista y asegura la supervivencia de sus miembros.

Su autonomía, y el poder que ésta le otorga, es utilizado para generar más poder, convirtiéndose así en una de las «sociedades paralelas» más influyentes en nuestra sociedad (Nuyens, 1969). Por otro lado, la profesión es uno de los vehículos ideológicos más importantes de Estado. Aplica y desarrolla la concepción del Estado acerca de la salud; pero, a su vez, influye en el Estado al hacerle asumir sus criterios y concepciones acerca de lo normal y lo anormal. No únicamente actúa como definidora social de la enfermedad, sino también como grupo social que dictamina sobre el bien y el mal en nuestra so-

ciudad. Si a todo ello le unimos su poder e interés en la esfera económica no resulta extraña la calificación que de «empresario moral» hace de ella Freidson (1970). Empresario de la moralidad que implica el monopolio sobre la definición de lo que es normal y lo que es desviado, y monopolio sobre las técnicas a utilizar para acabar con dicha desviación. La profesión médica, al elevarse sobre el bien y el mal, se convierte en el grupo social que interpreta de nuevo las legendarias y divinas leyes que rigen el comportamiento del ser humano (Foster, 1980).

La profesión médica, por su importante papel relacionado con el bienestar de la sociedad (su labor de asistencia curativa) es uno de los elementos más claros de *estratificación social*. En los países en los que priva la práctica individual y privada sobre la pública su dedicación a las clases pudientes de la sociedad es palpable. A excepción del médico humanista, y altruista, que todavía cree en la idea de que la Medicina está al servicio de la Humanidad, la mayoría de la profesión está preocupada en acrecentar su competencia exclusiva en el mercado para determinar el contenido adecuado y el método efectivo para tratar al enfermo. Pero, sin lugar a dudas, el elemento que la convertiría en una profesión-de-consulta no fue el *status* legal, sino el desarrollo de conocimientos y técnicas que le permitirían, por primera vez, la predicción y el control seguro de un amplio espectro de enfermedades humanas. Con esa sólida base científica el médico pudo gozar de confianza, demostrando la justicia de sus demandas de privilegio y monopolio de su conocimiento, convirtiéndose en profesión con *autonomía*.

La *autonomía técnica*, o sea, el control profesional sobre el trabajo, es un elemento definidor de profesión y es producto de su monopolio sobre una parcela del mercado de trabajo. Este control tiene un carácter netamente político, pues surge de la relación con el Estado y es producto del interés de éste en el establecimiento y mantenimiento de la profesión y su posición estructural en el mercado. Su característica más importante emana, pues, del Estado, del cual la profesión no es completamente autónoma. El Estado deja en manos de la profesión el control sobre los aspectos técnicos de su trabajo y sobre la organización social y económica del mismo. Las credenciales científicas de la profesión, emanadas de la especialización del conocimiento en las instituciones de educación superior, permiten un monopolio ocupacional que mantiene un control monopolístico sobre la oferta de servicios y asegura los ingresos de los profesionales al protegerlos de la competencia.

Junto al control sobre su práctica, el control sobre la organización y división del trabajo hacen que la Medicina sea marcadamente diferente a las otras ocupaciones y profesiones. Está situada en el vértice de la organización de la asistencia sanitaria, y bajo su autoridad se encuentran los profesionales paramédicos, con falta de autoridad, de autonomía y con un prestigio relativamente bajo. La subordinación a la autoridad de la profesión médica y el tener como única fuente de legitimación de su trabajo la relación con dicha profe-

sión son el origen de grandes conflictos. La lucha por ampliar su autonomía, prestigio y responsabilidad están afectando de forma directa la estructura de la organización del trabajo médico (Freidson y Lorber, 1972; Freidson, 1975).

Las características formales de la profesión de la Medicina son su monopolio sobre una parte protegida del mercado ocupacional, su autonomía técnica, el derecho al control de su propio trabajo y el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden legítimamente ejercer su trabajo y la forma en que éste debe ser realizado. La profesión médica tiene derecho para declarar las valoraciones exteriores a ella como ilegítimas e intolerables. Esa posición privilegiada es concedida por la sociedad. Es esencial para su supervivencia que la élite dominante siga creyendo en el valor positivo de la profesión para que siga protegiendo su monopolio ocupacional frente a cualquier clase de intrusiones.

La organización de su ejercicio profesional varía de un país a otro; desde países en los cuales predomina la práctica libre y privada a otros en los que domina la práctica pública. Dentro de cada modelo encontraríamos, por supuesto, diversos tipos de práctica que irían desde la más *individualizada* de los médicos rurales o de cabecera —relativamente aislada del contacto con otros colegas y con dificultades para mantener altos niveles de calidad, y que se puede considerar como una práctica en la que el profesional depende relativamente del paciente— a una práctica de tipo *colectivo* o *cooperativo* en la cual se establecen relaciones de dependencia con los otros colegas (Freidson y Lorber, 1972; McKeown, 1979; Maynard, 1975; Ryan, 1978; Kaser, 1976, y Danielsen, 1978). Podemos considerar dos tipos de *práctica hospitalaria*: la ligada directamente a la práctica privada, o más individual, y la hospitalaria en organizaciones complejas y burocráticas. Cuando es una extensión literal de la consulta privada, el hospital se convierte en el lugar donde se tratan casos poco usuales, pero rutinarios. Todos los tipos de práctica profesional en las sociedades industrializadas incluyen acuerdos y pactos con el hospital, por los que el médico lo utiliza como lugar donde internar y tratar pacientes. Cuando consideramos al profesional como empleado de una gran organización podemos diferenciar entre dos tipos de profesionales: los MIR (médicos interinos y residentes), que están en plena fase de formación especializada necesaria para la adquisición de su pericia profesional, y los profesionales de plantilla.

El profesional se encuentra en el hospital con un trabajo organizado independiente de su ejercicio individual. Planteando demandas, aludiendo al bienestar del paciente, invocando amenazas sobre su vida y bienestar, y proclamando su capacidad para evaluar y solucionar los problemas es lo que permite al médico enfrentarse y no quedar subordinado a la línea de poder administrativo y jerarquizada del hospital. Ello genera otra línea de poder no-oficial ni jerarquizada del hospital, basada en los conocimientos y la pericia. En organizaciones relativamente complejas existen mecanismos esta-

bles de autorregulación profesional. Los profesionales se rebelan firmemente a cualquier tipo de restricción que afecte la independencia de sus decisiones.

Los proponentes de las teorías de la *desprofesionalización* y de la *proletarización* han resaltado el significado de las condiciones de empleo de los profesionales en grandes organizaciones con una división compleja del trabajo, dominadas por burocracias y con objetivos y políticas sobre las cuales se dice tienen poco control (Haug, 1973, 1975, 1977; Barber, 1983; Burham, 1982; Rothman, 1982; McKinlay, 1982; Larson, 1979, 1980; Coburn, 1983; Oppenheimer, 1973). Sin embargo, para otros autores (Freidson, 1986), en una economía de mercado el trabajo profesional es siempre una mercancía, independientemente de que se venda a un empresario o a un cliente. De hecho, la situación de empleado es típica del *status* profesional en el mercado de trabajo. Lo que realmente marca las diferencias en independencia profesional es el hecho de que los servicios ofrecidos por la profesión sean escasos y deseados, gracias a la existencia de regulaciones y protecciones sobre una parte del mercado. El profesional (empleado) se distingue fácilmente del proletariado gracias a su autonomía técnica. Tienen mucho más control sobre su trabajo.

Los médicos quizás dirijan el trabajo de las enfermeras, auxiliares, técnicos de laboratorio y muchas otras ocupaciones en el hospital, pero no tienen la autoridad organizativa para contratarlos, despedirlos o promocionarlos. Esta autoridad recae en los empleados de dirección del hospital que, en nombre de la institución, distribuyen los recursos de la organización en base a sus propios criterios. Existen, por tanto, diferencias claras entre los intereses de los profesionales y de los administradores y gerentes: los profesionales de la gestión están esencialmente preocupados por mantener la integridad de la organización como un todo, mientras que los profesionales médicos están más preocupados por conservar la integridad de su profesión y la forma de ejercerla. El poder sobre la distribución de los recursos determina el tipo de trabajo que puede ser hecho y limita la forma en que puede realizarse. La autonomía de los profesionales empleados parece entonces disminuir. Es una autonomía técnica dentro de ciertos límites (marcados por las decisiones de los gerentes acerca de la distribución y uso de los recursos). Los profesionales son técnicamente autónomos: poseen una clara libertad e independencia en su trabajo, pero a su vez se encuentran impotentes y dependientes porque no tienen control sobre la «economía» de la organización que los emplea.

La distribución de los recursos de la organización es el poder central retenido por los administradores y gestores, y es también la fuente principal de conflictos entre los profesionales y los burócratas. La orientación de los profesionales hacia su trabajo hace que deploren y resistan las decisiones y los esfuerzos de los gestores para aumentar la productividad por encima de cualquier otra consideración. Se produce una tensión constante entre los intereses y perspectivas de unos y otros acerca de las prioridades de distribución y uso de los recursos de la organización.

Frente al concepto altruista que Parsons (1951) creó para definir el rol de la profesión va surgiendo una práctica diaria que contradice en parte dichos supuestos. El propósito del médico no es el conocimiento en sí, sino la acción. Su amor por la acción le lleva en muchos casos a la utilización de procedimientos terapéuticos que sobrepasan lo indicado por las normas médicas y científicas. Es pragmático; se apoya más en resultados aparentes que en teorías y conocimientos abstractos, y, por tanto, tiende a confiar preferentemente en su propia acumulación de experiencia de primera mano. Transforma el conocimiento abstracto aprendido en la Universidad en un conocimiento menos formalizado, pero mucho más funcional. La autoridad de sus sentidos es para el profesional de mayor importancia que la tradición o la ciencia abstracta. Ello permite la existencia de prácticas inefectivas o insidiosas. Dado que el profesional médico proviene generalmente de la burguesía, enfatiza la independencia, el individualismo social y económico y la dignidad de clase en su *status*.

La Medicina ha obtenido una jurisdicción casi exclusiva para determinar qué es enfermedad y, por tanto, cómo deben actuar los individuos para ser tratados como enfermos. Está, pues, comprometida en la creación social de la enfermedad como estado social que el ser humano puede asumir. La enfermedad es vista como un tipo de desviación de un conjunto de normas que representan la salud y la normalidad, y la Medicina se convierte en actividad moral que descubre aquellas cosas que son indeseables. La enfermedad como un estado social implica cambios en la conducta; precisamente cuando el médico diagnostica la enfermedad permite cambiar la conducta y papel social del enfermo.

La salud es valorada porque es condición esencial para el desempeño adecuado de las tareas y roles asignados. El profesionalismo de la salud se erigió para legitimar la reivindicación de que la conducta adecuada ante la desviación es el tratamiento por profesionales responsables. Esto ha dado lugar al fortalecimiento de una institución de control, con carácter profesional —la profesión médica—, que en nombre del individuo y la pericia técnica puede quitarle al profano el derecho para evaluar su propia conducta y la de sus compañeros. El médico se está convirtiendo en el *empresario moral de la sociedad*, que dicta lo que es normal o no y lo que hay que hacer para corregir la desviación.

Por otro lado, la conducta del médico ante la enfermedad constituye la objetivación de los valores dominantes en la sociedad. El médico conduce el estado social de estar enfermo, dictamina si uno está o no enfermo, si debe adoptar el rol de enfermo y si puede volver a asumir su identidad y *status* normal. La profesión toma decisiones sociales al diagnosticar la enfermedad, y es precisamente ese papel social el que la capacita para crear nuevas necesidades con el fin de mantenerse en su posición de poder y privilegio.

Se ha cuestionado que el contenido de la profesión tenga uniformemente un carácter tan fiable científicamente como para justificar su exigencia de auto-

nomía para todo el contenido de su trabajo. El diagnosticar la enfermedad puede ser un compromiso moral: implica la indeseabilidad de ciertos procesos que influyen en la persona que los posee y le aíslan de la sociedad. Dicha calificación de enfermedad no se basa únicamente en un fundamento de carácter científico. El médico puede demostrar que ciertos signos siguen determinado curso o que conducen a determinadas consecuencias, pero que sea malo o indeseable es algo que debe ser decidido por el conjunto de la sociedad y no únicamente por el profesional médico. No posee una capacitación especial para ser un experto exclusivo acerca de lo deseable o indeseable (Polack, 1972).

La esencia de la profesión médica es su *autonomía*, que se traduce en su derecho al control de su propio trabajo y en el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden legítimamente ejercerla. El control sobre su propio trabajo es un elemento prácticamente universal, y es indudablemente el factor diferenciador. Sin embargo, el derecho exclusivo a determinar quiénes pueden ejercerla y el derecho a la organización de su trabajo no son características tan universales. Dependen, en parte, de la relación entre el Estado y la profesión, y de su posición en el mercado ocupacional y, en definitiva, de la fuerza y cohesión de la profesión. En casos como el español, en que los Colegios Oficiales de Médicos han tenido poco poder y en que la mayoría de los médicos trabajan para el Estado, es este último quien, de hecho, decide quién puede o no ejercer la profesión. El Estado controla el sistema de acreditación y licencia, y al convertirse en «empresario» organiza el trabajo de la profesión. Indudablemente, ello merma el control profesional sobre su propio trabajo y la profesión pierde poder y prestigio (comparándola, por ejemplo, con la profesión norteamericana). Para mantener, e incluso ampliar, su poder en el mercado ocupacional la profesión médica se articula como grupo de presión social y político en la mayoría de las sociedades occidentales (Eckstein, 1960; Steslicke, 1973; Rodríguez, 1987). En España, sin embargo, su poder político no ha alcanzado los niveles de la profesión americana o británica. Las organizaciones médicas españolas y sus intereses han estado sometidos durante demasiados años a los intereses absolutistas y autoritarios del Estado. Ello ha mermado considerablemente su poder y ha impedido que pudiera articular sus intereses en organizaciones verdaderamente representativas y con influencia social y política.

Estructura de la profesión

Su posición estructural, en el centro mismo de las tareas de mantenimiento de la salud de la población, convierte a los médicos en uno de los grupos profesionales más numerosos a la vez que prestigiosos. En España la profesión médica está compuesta de unos 121.362 miembros, lo que representa

una media de 316 médicos por 100.000 habitantes (1984). De entre los países de la Europa occidental, España destaca por mantener la mayor tasa de profesionales de la Medicina por habitantes. En la tabla 1 podemos observar que España mantiene una tasa de médicos por habitantes tan alta que es incluso el doble de la tasa de Gran Bretaña (129) y de Italia (125). Estos datos globales, que confirman la existencia de un *exceso de médicos* —al menos con respecto a los niveles asistenciales europeos—, no pueden menos que cuestionar el modelo de desarrollo de la profesión médica en España, y consiguientemente del sistema sanitario.

El modelo de desarrollo de la profesión médica española está íntimamente relacionado con el modelo de desarrollo de lo que Larson (1977) y Starr (1982) han definido como *mercado médico-sanitario*. Podemos caracterizar al mercado sanitario español de las últimas décadas en tres etapas diferenciadas. En una *primera etapa*, desde el final de la guerra civil hasta 1963-64, el mercado médico es tan autárquico como el resto de la sociedad. El mercado privado es limitado; de hecho, la gran mayoría de la población no dispone de los recursos suficientes para hacer frente a sus necesidades médicas, y en esos primeros años la asistencia sanitaria benéfico-pública es pequeña. La sociedad española del momento no es capaz de generar demanda suficiente para el desarrollo del mercado médico-sanitario y, consiguientemente, de la profesión médica. La creación del *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (en 1949) cambiará las características principales del mercado médico-sanitario (y, por tanto, de la asistencia sanitaria y la misma profesión médica). La creación del SOE es el primer paso en la construcción de un mercado médico-sanitario controlado por el Estado. A partir de ese momento presenciamos la creación de una gran sani-

TABLA 1

Distribución de médicos en varios países

<i>Año 1982</i>	<i>Médicos por 100.000 habitantes</i>	<i>Habitantes por médico/a</i>
Portugal	220	454
Gran Bretaña	129	775
Bélgica	269	384
España	276	362
Italia	125	798
Alemania Occidental	237	422
Francia	208	480
Suecia	234	427
USA	192	498

FUENTE: OECD, *Measuring Health Care 1960-1983* (París: OECD, 1985), p. 91.

dad pública, que limita las posibilidades (ya de por sí escasas) de desarrollo de una sanidad privada. Hasta 1963, a pesar de que el SOE había llegado a cubrir a la mitad de la población, la medicina pública deja, sin embargo, áreas asistenciales tan importantes como la medicina hospitalaria. Ello permite un cierto desarrollo del mercado privado hospitalario, que se beneficia indirectamente del aumento causado en la demanda sanitaria por la extensión del Seguro Obligatorio de Enfermedad y que satisface las necesidades sanitarias de las clases más pudientes. Los grupos sociales menos privilegiados se encuentran todavía fuera del mercado de alta asistencia médico-sanitaria.

En la *segunda etapa, de 1963 a 1975*, se construye, de hecho, el sistema sanitario público y se marca la preponderancia del sector público sobre el privado. Son los años de las grandes construcciones hospitalarias y de la extensión de la Medicina de la Seguridad Social a un cada vez mayor porcentaje de la población española. La extensión de la cobertura de la Seguridad Social pasa del 50 por 100 de la población al 77 por 100 en 1975 y al 87 por 100 en 1983. A partir de este momento la casi totalidad de la población tiene acceso prácticamente libre a la asistencia sanitaria pública. Es un mercado médico-sanitario cuyas características están definidas por el Estado. La oferta sanitaria y de servicios está condicionada por el desarrollo del sistema asistencial de la Seguridad Social, y la demanda sanitaria mantiene una estrecha relación con la extensión del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

La *tercera etapa, de 1976 hasta 1987*, está marcada por la crisis económica del Estado del Bienestar. Son, asimismo, los primeros años del sistema democrático, con el consiguiente cambio, tanto en los modelos políticos sanitarios como en su proceso de elaboración. En una primera parte, hasta 1982, la complejidad y el caos reinante en el sistema sanitario creado hasta ese momento pretende ser solucionado reduciendo el sector público y permitiendo al sector privado que se desarrolle (J. A. Rodríguez, 1987). A pesar de que el derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se extiende a más del 87 por 100 de la población, se frena el crecimiento del sector público —especialmente del sector hospitalario—. La política del primer Gobierno socialista (1982-86) se ha visto caracterizada por los intentos de racionalización y afianzamiento del sistema sanitario público, intentando reducir a la vez el incremento de los costes sanitarios. En lo que hace referencia a la estructura sanitaria, hemos entrado en una etapa de bajo crecimiento —caracterizada por la *reestructuración*—. El mercado médico-sanitario parece haber llegado a su límite.

Como pone de manifiesto la tabla 2, el modelo de profesión médica ha estado determinado por los avatares de la construcción del sistema sanitario. La creación del SOE (en 1949) supone la entrada progresiva de la profesión médica al servicio del Estado —en 1963 la Seguridad Social llega a contratar al 68 por 100 de la profesión—. Sin embargo, la poca dinámica del mercado médico no genera grandes expectativas, ni demanda de profesionales, y el

TABLA 2

Características del desarrollo de la profesión médica

	1949	1963	1972	1975	1979	1981	1982	1984
Médicos/as	28.931	37.743	49.256	54.533	81.658	96.569	104.759	121.362
Camas	127.343	156.819	177.385	190.444	203.819	202.969	206.567	...
Camas de la Seguridad Social ...	3.677	14.223	33.066	41.406	53.327	53.473	56.606	57.000
Estudiantes de Medicina ... ..	...	...	44.247	70.166	79.165	66.629	59.888	...
Médicos en la S. Social (%) ... ..	...	67,8	70,2	83,5	...	59	55	...
Población cubierta por la Seguridad Social (%) ... ..	...	50	61	77	...	83	86	92

FUENTES: INE, *Anuario Estadístico de España 1984* (Madrid: INE, 1985); INE, *Estadística de Establecimientos Sanitarios* (Madrid: INE, varios años); Ministerio de Trabajo, *Libro blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Subsecretaría de la Seguridad Social, 1977), pp. 543-544; INSALUD, *Informe Económico Funcional de las Instituciones Sanitarias 1984* (Madrid: INSALUD, 1986).

número de profesionales entre 1949 y 1963 aumenta únicamente en 9.000. A partir de 1963, con la aprobación de la *Ley de Bases de la Seguridad Social*, la gran expansión del sistema hospitalario (que tiene su motor en el sistema hospitalario público y de la Seguridad Social) genera una enorme demanda de profesionales y aumenta enormemente las expectativas profesionales. Del 68 por 100 de la profesión trabajando para la Seguridad Social en 1963 se pasa al 84 por 100 en 1975. Esta situación impulsa la formación de nuevos médicos. Así, el número de estudiantes prácticamente se dobla entre 1972 y 1975. Las grandes expectativas del mercado profesional se reflejan claramente en el hecho de que en 1975 el número de estudiantes de Medicina era muy superior al número de médicos en ejercicio. La expansión del sistema sanitario público absorbe a la mayoría de la profesión y da pie a una dinámica de acelerado incremento del número de profesionales (Nadal, 1984).

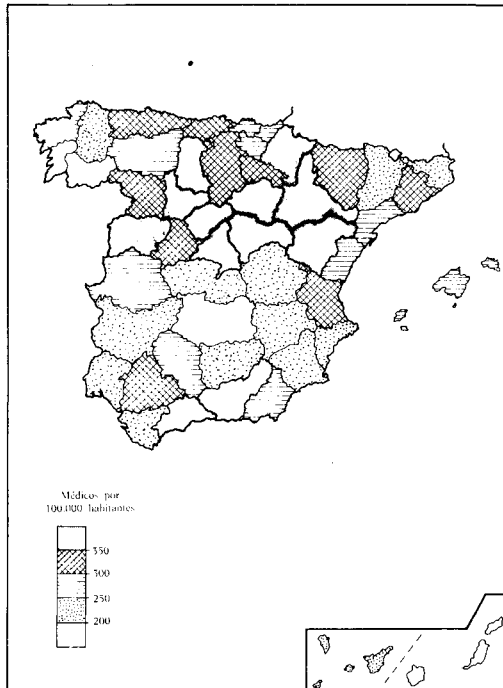
Los parámetros del mercado profesional sufren una seria reducción a partir de 1975. Se para el crecimiento del sistema sanitario y sobre todo del sistema hospitalario —se crean muy pocas nuevas camas—. Como consecuencia, la demanda de profesionales se mantiene muy estable, y, dado que la producción de nuevos médicos es muy alta (el número de médicos se dobla entre 1975 y 1983), no únicamente se reduce la proporción de médicos trabajando directamente para la Seguridad Social (INSALUD) (se pasa del 84 por 100 en 1975 a menos del 55 por 100 en 1983), sino que empiezan a surgir serios problemas de empleo para los nuevos profesionales. Estos nuevos profesionales, socializados para trabajar en el sector público, se tienen que enfrentar ahora a un mercado sanitario que intenta reducir sus costes restringiendo la demanda de profesionales.

Pasamos de un mercado limitado y autárquico (hasta 1963) a un mercado en gran expansión (1963-75), y posteriormente a un mercado estable y en reestructuración (1976-87). En los años de desarrollo del sistema sanitario público se recurre a la profesión médica para asegurar su funcionamiento. Es la época en que los profesionales tienen —y a menudo se ven forzados a compatibilizar— de 2 a 3 puestos de trabajo como media (1,3 en el sector público en 1974). Una vez la demanda de profesionales se estabiliza y prima la racionalización del sistema se plantean los problemas de exceso de profesionales y aparece en la escena política el problema del paro y las incompatibilidades. La fuerte dinámica de crecimiento generada por la gran demanda de profesionales y las buenas expectativas responde de forma muy lenta a los mensajes de tipo restrictivo procedentes del sistema sanitario. A pesar de que el incremento del número de estudiantes y profesionales es cada año menor, todavía es demasiado alto para el actual sistema sanitario español.

En la actualidad hay alrededor de 121.000 médicos en el país y algo menos de 60.000 estudiantes de Medicina. A pesar de que durante muchos años el número de estudiantes fue muy superior al de profesionales, desde principios de los ochenta esta pauta se empieza a invertir, y en 1984 prácticamente

había el doble de profesionales que de estudiantes. Entre 1953 y 1984 el número de médicos se ha cuatriplicado (de hecho el gran incremento ha sido a partir de 1977, en el que se ha doblado su número) y el de estudiantes se ha quintuplicado. Una de las características de este crecimiento ha sido su dependencia de la dinámica del sistema sanitario público, y una de sus paradojas ha sido su total desigualdad y su distribución desequilibrada. Sistemáticamente algunas de las regiones más subdesarrolladas (como, por ejemplo, Murcia, Andalucía y Extremadura) vieron crecer sus tasas de profesionales médicos, y mucho más rápidamente que las regiones más ricas (País Vasco, Madrid, Cataluña). Posteriormente, y sobre todo desde la década de los setenta, la riqueza, el desarrollo económico y el proceso de urbanización explican mucho mejor la distribución espacial de los médicos. La otra variable que acabará completando el modelo es la distribución de recursos públicos dedicados a sanidad. La profesión médica (una de las más móviles espacialmente) radicará su ejercicio profesional de forma especial en el norte de la Península. En el mapa 1 podemos comprobar el mantenimiento de la pauta Norte-Sur. El Norte

MAPA 1

Distribución provincial de médicos. 1983

FUENTE: INE, *Anuario Estadístico de España 1984* (Madrid: INE, 1985), p. 659.

con (relativa) abundancia de médicos y el Sur —de Madrid hacia abajo— con una llamativa escasez de profesionales. Cabe destacar la gran densidad de profesionales en el centro histórico del país (Madrid, Guadalajara, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid, Navarra, Zaragoza y Teruel) donde de hecho se han realizado la mayoría de las grandes inversiones sanitarias de la Seguridad Social. Tan sólo Sevilla, Málaga y Granada se elevan por encima de la media en el Sur. La mayoría de estas provincias cuentan, además, con Facultades de Medicina, y superan los 350 médicos por 100.000 habitantes. Extremadura, Galicia, La Mancha y Andalucía son las regiones con menos médicos (y en general con menos recursos sanitarios de todo tipo). La pauta general es tener tasas altas de médicos en provincias con niveles altos de desarrollo económico. A niveles similares de riqueza, Castilla tiene tasas más altas que Andalucía y Galicia.

En el gráfico 1 hemos presentado la distribución de los médicos de acorde a los ingresos anuales medios de las provincias. Hemos escogido aquellas provincias que destacaban, tanto positiva como negativamente, en ingresos y en tasa de médicos por habitante. Observamos rápidamente que las provincias que se encuentran en el borde inferior de ingresos anuales medios (las provincias más pobres: Ciudad Real, Badajoz, Jaén, Toledo, Teruel, Orense y Almería) se encuentran también (a excepción de Teruel) en la zona de menor densidad de profesionales. Destacan en el borde superior de ingresos las altas tasas de médicos de Madrid, Valladolid y Navarra, y resulta sorprendente que tanto el País Vasco como Barcelona presentan una concentración de médicos inferior —a pesar de ser alta— a la esperada y, de hecho, inferior a las tasas de las otras provincias de similar nivel de ingresos. Destacan Las Palmas y Pontevedra por sus bajas tasas de médicos a pesar de lo alto de sus ingresos medios. Segovia, Guadalajara, Soria, Salamanca, Málaga y Granada se encuentran en la zona media de riqueza, pero, sin embargo, mantienen las tasas más altas de médicos por habitante. Madrid y las provincias que lo rodean destacan por sus altas tasas de profesionales. El centralismo histórico de la política sanitaria ha conducido a una concentración de recursos sanitarios y, por ende, de profesionales médicos.

El gráfico 1 y el mapa 1 destacan la alta correlación positiva entre la distribución de médicos y el *centralismo político*, la *riqueza* y el *desarrollo económico*. A excepción de Teruel, los profesionales médicos se concentran en las zonas de ingresos medios y superiores. Las provincias más pobres del país (a excepción de Toledo) y alejadas de Madrid presentan, consiguientemente, las peores tasas de profesionales médicos. La distribución provincial de camas hospitalarias sigue también (aunque menos claramente) una pauta demasiado similar a la de médicos.

Los diferencias intraprovinciales son también enormes. En 1943, del total de 22.582 médicos del país, el 46 por 100 ejercía en las 50 capitales de provincia. En 1984 esta proporción creció hasta el 67 por 100. Es evidente

GRAFICO 1

INGRESOS ANUALES MEDIOS PROVINCIALES



FUENTE: INE, *Anuario Estadístico de España 1984* (Madrid: INE, 1985), p. 659.

la tendencia a la concentración de médicos en las grandes ciudades y en las capitales de las provincias. En la tabla 3 podemos apreciar la concentración

TABLA 3
Distribución de los profesionales médicos, 1984

	<i>Total de España</i>	<i>Madrid</i>	<i>Barcelona</i>	<i>Valencia</i>	<i>Sevilla</i>	<i>Vizcaya</i>
Principales provincias (%) .	100	16,5	13,8	6,1	4,2	3,3
Concentración en capitales de provincia (%) .	67	89	76	72	74	59
Población de provincia (%) .	...	12,5	12,2	5,5	3,9	3,1
Población en capital de la provincia (%)	36	67	38	36	44	36

FUENTE: INE, *Anuario Estadístico de España 1985* (Madrid: INE, 1986).

de profesionales médicos en el litoral y el hexágono del desarrollo económico y de urbanización. Las cinco principales provincias concentran al 45 por 100 de los médicos, a pesar de reunir únicamente al 37 por 100 de la población. Para una población urbana que representa el 52 por 100 del total de la población española hay una población urbana del 78 por 100 de todos los médicos. Los médicos se concentran en las provincias más ricas, y básicamente en las capitales y grandes centros urbanos. Existen de media 3,4 veces más profesionales en la capital que en el resto de la provincia.

En estos momentos la mitad de la profesión médica trabaja directamente para el INSALUD; asimismo, algo más de la mitad (el 52 por 100) ejerce su profesión en el marco hospitalario. En la tabla 4, a pesar de las dificultades

TABLA 4
Ejercicio de la profesión, 1983

<i>Propiedad de la institución</i>	<i>EJERCICIO EN</i>		
	<i>Total</i>	<i>Hospital</i>	<i>Asistencia primaria</i>
INSALUD	57.841	19.098	38.743
Resto del sector público	19.787	16.361	3.426
Sector privado	37.623	20.197	...
TOTAL	115.251	55.656	59.595

En cursiva: cálculos aproximados.

FUENTES: INE, *Anuario Estadístico de España 1984* (Madrid: INE, 1985); INE, *Estadística de Instituciones Sanitarias 1983* (Madrid: INE, 1986).

estadísticas, hemos intentado descomponer la práctica de la profesión médica española en 1983. Es necesario resaltar, en primer lugar, la orientación hospitalaria de los médicos españoles: en términos de conjunto, la mitad de la profesión ejerce en el marco hospitalario. Contrastan con estos datos la orientación claramente extrahospitalaria de los médicos del INSALUD (a pesar de la importancia y preponderancia dada a su sistema hospitalario): únicamente el 33 por 100 de los mismos se dedican a la asistencia hospitalaria, mientras que los profesionales que se dedican a la práctica médica hospitalaria fuera del INSALUD representan el 64 por 100.

En la tabla 5 se muestra la evolución del número de médicos trabajando para la Seguridad Social (INSALUD). La Seguridad Social ha llegado a contratar a una gran mayoría de los médicos ofreciéndoles un salario seguro, dejándoles tiempo libre en abundancia para que se dediquen a la consulta privada y permitiendo, en algunos casos, el uso de recursos públicos para el uso privado. A pesar de ello, durante los últimos diez años la Seguridad Social ha contratado a una cada vez menor proporción de la profesión médica (de hecho, ha pasado de ofrecer más puestos de trabajo que médicos habían a contratar únicamente al 50 por 100 de la profesión de forma directa). Entre 1965 y 1976, el número de médicos en el país creció un 46 por 100, mientras que el número de médicos de la Seguridad Social aumentó un 85 por 100. Sin embargo, entre 1976 y 1984, mientras el número de profesionales del país se doblaba, el número de médicos trabajando para la Seguridad Social aumenta únicamente un 14 por 100.

La importancia del papel del Estado en el desarrollo del sistema sanitario (y del mercado médico-sanitario) ha determinado el desarrollo y estructuración de la profesión médica española. El Estado de Bienestar ha ejercido una especie de *tutela autoritaria* sobre la profesión, controlando tanto la oferta como la demanda de profesionales y servicios. La profesión no únicamente se ha desarrollado dependiendo del Estado, sino que, además, depende del mismo para su supervivencia. En la actualidad, la mayoría de la profesión (alrededor del 80 por 100) trabaja para la Administración del Estado y sólo menos de una cuarta parte del colectivo profesional mantiene una cierta independencia —aunque la demanda de sus servicios, sin duda, está ligada a los avatares del mercado sanitario controlado por la Administración Pública—. Un 70 por 100 de la profesión trabaja directamente para el Estado (bien para el INSALUD o para el resto de la Administración Pública) y alrededor de un 10 por 100 adicional lo hace de forma indirecta a través de una práctica concertada. No sólo el pasado, sino también el futuro de la profesión médica española parece escaparse de sus manos y estar bajo el control del Estado (al que las formas democráticas no le han quitado su carácter absoluto). El Estado del Bienestar asume y considera a la Medicina y la asistencia sanitaria como parte integrante de su estructura administrativa y de servicios. Impone su racionalidad en la organización del trabajo profesional y trata a este colec-

TABLA 5

Evolución del número de médicos en la Seguridad Social

Años	NUMERO DE MEDICOS			MEDICOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL			
	España	Seguridad Social	Médicos en S. S. (%)	Médicos generales	Médicos especialistas	Especialistas (%)	Especialistas en hospitales (%)
1965	39.709	25.595	64	14.013	11.582	45	—
1967	41.932	26.927	64	14.811	12.116	45	—
1970	45.335	30.197	67	15.053	15.144	50	25
1972	49.256	34.560	70	15.081	19.479	56	34
1976	57.887	47.251	82	17.052	30.199	64	46
1980	86.253	56.334	65	18.790	37.544	67	—
1984	115.251	54.225	47	17.571	36.654	67	—

FUENTES: Ministerio de Trabajo, *Libro Blanco de la Seguridad Social*, e INSALUD, *Boletín de Indicadores Sanitarios*.

tivo como si se tratase de un grupo funcional más, como empleados al servicio del Estado. Sin duda, esta situación se encuentra tras muchos de los conflictos que en la actualidad enfrentan a la profesión médica y a la Administración del Estado.

La profesión en el marco de grandes organizaciones

A pesar de que el desarrollo de la profesión médica española ha implicado que una cada vez mayor parte de la profesión centre su ejercicio en el marco de la organización hospitalaria, su participación relativa en la compleja estructura de estas organizaciones ha disminuido con el transcurrir de los años. La organización hospitalaria evoluciona según su propia dinámica, y poco a poco deja de ser el dominio exclusivo de la profesión. La organización desarrolla sus propias necesidades y se transforma en una institución en que la profesión médica, aunque sigue conservando gran parte de su poder y autonomía, es ya claramente minoritaria (Guillén, 1987).

Podríamos distinguir dos tipos diferenciados de organizaciones en la estructura hospitalaria española. Por un lado, tenemos a las grandes organizaciones hospitalarias, dependientes directamente del Estado y en las cuales ha primado la orientación asistencial sobre los intereses de la profesión médica. En estas grandes organizaciones (el 65 por 100 de los hospitales del INSALUD tienen más de 200 camas, y el 75 por 100 de los hospitales del Ministerio de Educación y Ciencia tienen más de 500) la profesión médica, con un claro *status* de empleado (en la zona fronteriza con el *status* de funcionario), se encuentra en clara minoría frente a la profesión de enfermería y a las auxiliares clínicas (tabla 6). La dinámica y racionalidad de estas grandes organizaciones está marginando progresivamente a la profesión médica de los centros de poder y decisión, lo que está ocasionando serios conflictos entre los intereses y perspectivas de la organización y los de la profesión médica.

Mientras tanto, en el sector privado se mantienen organizaciones de tamaño mucho más reducido (más de la mitad de los hospitales tienen menos de 100 camas) y parece mantenerse una estructura funcional al servicio de los profesionales médicos. Históricamente, este tipo de hospital se ha creado alrededor de las necesidades profesionales. Se articulan más como extensión de la práctica individual que como estructuras de carácter asistencial masivo. En ellas la profesión médica mantiene un mayor grado de autonomía técnica, de control de la organización del trabajo, y no únicamente tiene una mayor relevancia numérica, sino que es el eje central de la organización.

La clara orientación de los nuevos profesionales hacia el mercado hospitalario y público se pone de manifiesto en el hecho de que en 1985 se presentan a las pruebas de especialización médica (MIR) de los hospitales del INSALUD casi 19.000 médicos (BIS, 1985). Para comparar, piénsese que en

TABLA 6

Distribución porcentual del personal hospitalario según la propiedad de las instituciones

<i>Personal</i>	<i>Total</i>	<i>INSALUD</i>	<i>Ministerio Educación</i>	<i>Admón. Local</i>	<i>Iglesia</i>	<i>Cruz Roja</i>	<i>Privada</i>
Directivo	0,8	0,3	0,2	0,8	1,8	1,1	1,9
Médico	15,0	15,2	21,3	15,0	23,5	27,0	29,0
MIR	3,5	3,1	6,5	2,8	1,0	2,0	0,8
Enfermería	24,4	31,3	26,7	18,0	15,0	18,0	17,5
Auxiliar	16,0	24,5	25,0	33,0	28,0	24,0	24,0
Trabajadores no manuales	7,0	7,5	8,5	6,0	6,0	6,5	6,0
Trabajadores manuales	22,0	21,0	17,5	26,0	24,0	22,0	21,0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100
Tamaño medio (en camas)	197	468	837	288	217	110	81

FUENTE: INE, *Estadística de Establecimientos Sanitarios 1982* (Madrid: INE, 1986).

1983 (la última cifra accesible) se licenciaron 10.355 médicos. El análisis de estos aspirantes arroja valiosa información sobre los nuevos profesionales. Casi la mitad tiene de 25 a 26 años (32,5 por 100 entre 27 y 28 años) y ha realizado la carrera en seis años. Con respecto a su procedencia sociocultural, se constata un porcentaje de padres con estudios medios y superiores (40 por 100) muy por encima de la media del país (aunque esperado para este grupo profesional) y un tercio de padres con estudios primarios. En su mayoría, los padres son funcionarios (22 por 100), ocupan puestos cualificados en la empresa (21 por 100) o son profesionales liberales (15 por 100). Se encuentran claramente en la clase media-media y media-alta. Los cónyuges poseen un nivel de estudios superior al de los padres y, en general, poseen una formación similar al del médico/a. Destacan de entre ellos los funcionarios y los titulados superiores.

En la tabla 7 vemos que son claramente los que realizaron la carrera en

TABLA 7

MIR, 1985: puntuación de los aspirantes en relación con los años de carrera y el expediente académico

<i>Puntuación</i>	<i>Años de carrera</i>				<i>Expediente académico</i>			
	6	7	8	9	1-2	2-3	3-4	+4
150	20,0	40,6	50,5	61,4	29,9	4,9	0,3	0,06
250	38,8	39,7	37,2	30,7	26,7	10,8	0,8	0,09
350	29,1	15,6	9,8	6,9	6,7	7,6	2,2	0,1
+ de 350	11,9	3,9	2,3	0,8	1,5	4,2	1,5	0,4

FUENTE: INSALUD, *Boletín de Indicadores Sanitarios*, núm. 19, 1985, pp. 19-23.

seis años (y, además, los más jóvenes) los que obtienen mejores puntuaciones. El 92,3 por 100 tiene un expediente entre 1 y 3 puntos, y sólo el 0,65 por 100 de más de 4 puntos. Como parecería lógico, la correlación entre puntuación y expediente académico es muy alta: mejores expedientes dan lugar a mejores puntuaciones, así como peores expedientes a peores puntuaciones. Confirmando los presupuestos de las teorías del *capital cultural* (Bourdieu, 1977; DiMaggio, 1985), la influencia sociocultural del grupo de referencia es clara. Son los hijos de los padres con estudios medios y superiores los que obtienen las mejores calificaciones, siguiéndoles, sin embargo, los hijos cuyos padres poseen únicamente estudios primarios (tabla 8). Aparte de confirmarse la influencia del capital cultural en la reproducción de los grupos profesionales y las élites sociales, tenemos que resaltar la importancia de la profesión como vehículo de ascenso social.

TABLA 8

MIR, 1985: puntuación del aspirante según los estudios del padre

Estudios del padre	PUNTUACIONES MIR			
	Hasta 150 (%)	Hasta 250 (%)	Hasta 350 (%)	+ 350 (%)
Primarios	34,6	36,8	35,8	32,9
Bachiller	20,3	19,7	17,4	17,5
Medios y Superiores	29,5	28,5	31,3	34,2

FUENTE: INSALUD, *Boletín de Indicadores Sanitarios*, n. 19, 1985, pp. 19-23.

El estudio de los 19.000 médicos hospitalarios del INSALUD (J. F. Hernández, 1984) aporta valiosos indicadores para la definición de este importante y dinámico grupo dentro de la profesión. Es ésta la parte de la profesión que posiblemente más se ha alejado de los presupuestos tradicionales en el ejercicio profesional. Son parte (crucial, pero parte) de una organización compleja y burocratizada, cuyo objetivo es recuperar la salud de la población. El hospital (*la fábrica de curar*) ha creado una nueva especie de médico: el médico organizado y burocratizado. El ejercicio de la medicina en el hospital tiene unas características muy diferentes al del ejercicio extrahospitalario. Es una medicina-organizada, en la cual se mezcla el ejercicio médico propiamente dicho con las tareas de mantenimiento de la organización (administración, gestión, etc.). El ejercicio de la medicina en la organización hospitalaria cambia totalmente las características de la carrera profesional, adaptándola a la estructura y necesidades de la organización.

La organización del hospital se caracteriza por su gran dinamismo, ya sea científico o asistencial. Quizás ello sea debido (o quizás la causa) a que los profesionales médicos son relativamente jóvenes (el 54 por 100 tiene menos de 40 años). Las necesidades de la organización hospitalaria ha creado una nueva especialidad en el ejercicio profesional: la administración y gestión, la cual absorbe a un número muy elevado de profesionales. El 34 por 100 del total de profesionales (y el 62 por 100 en el caso de *las* profesionales) trabajan en los Servicios Centrales. La organización del ejercicio profesional en el marco del hospital, aparte de desposeer al médico de parte de su poder sobre la organización de su trabajo —con la consiguiente pérdida de autonomía—, implica la estructuración jerárquica de los profesionales. De hecho, uno de cada tres médicos ostenta una jefatura. Esta estructura jerárquica se convierte en los raíles de la *carrera profesional* en el hospital. La carrera profesional se convierte en el ascenso en la estructura organizativa y jerárquica. En esta carrera, la *antigüedad* es una variable crucial: son precisamente los mé-

dicos con más años trabajando para la Seguridad Social los que acceden a las jefaturas (tabla 9). El *cambio de destino* (unido a la antigüedad) parece ser la forma de ascenso en la organización médica. Antigüedad está muy correlacionada con número de destinos, y ambos con la posesión de jefaturas: los profesionales ocupando puestos más elevados en la organización tienen más años de antigüedad y son, a la vez, los que ostentan el mayor número de cambios de destino.

TABLA 9

*Médicos de los hospitales del INSALUD.
Años trabajando en la Seguridad Social por categoría profesional, 1984*

	Total (%)	Adjuntos (%)	Jefe Sección (%)	Jefe Servicio (%)
1-5 años	15	22	2	...
6-10 años	42	53	27	10
11-15 años	24	20	39	20
16-20 años	12	3	22	39
Más de 20 años	7	2	10	31

FUENTE: INSALUD, *Boletín de Indicadores Sanitarios*, núm. 7, 1984, pp. 85-86.

La carrera profesional del médico hospitalario del INSALUD podría describirse de la forma siguiente: inicia el ejercicio asistencial en el INSALUD antes de los 30 años, normalmente en un destino provisional (servicios de urgencia, APD, etc.), y a los tres o cuatro años obtiene una plaza fija en un hospital. Casi la mitad no cambia de destino, aunque para ascender en la estructura organizativa es importante hacerlo (tabla 10). Como promedio, se

TABLA 10

*Médicos de los hospitales del INSALUD.
Distribución según el número de destinos que han tenido
y la categoría profesional, 1984*

Destinos	Total (%)	Adjuntos (%)	Jefe Sección (%)	Jefe Servicio (%)
1	48	54	39	34
2	27	27	27	27
3	16	13	20	22
4 o más	9	6	14	17

FUENTE: INSALUD, *Boletín de Indicadores Sanitarios*, núm. 7, 1984, pp. 85-86.

tarda de seis a diez años en un destino antes de ascender. Por la distribución geográfica de la red hospitalaria del INSALUD, el 80 por 100 de los médicos trabaja en hospitales situados en la capital de la provincia. El 35 por 100 trabaja en hospitales de más de 10.000 camas —de hecho, en gigantescas organizaciones complejas— y sólo el 18 por 100 trabaja en hospitales pequeños.

Las características estructurales de la profesión son básicas para entender la configuración de intereses de los profesionales y su orientación con respecto al ejercicio de la Medicina. Los elementos estructurales a destacar son: su *desarrollo dependiente* con respecto al desarrollo del mercado sanitario creado alrededor de la sanidad pública; ejercicio profesional *dependiente* del Estado (INSALUD); *concentración geográfica* en las zonas más ricas y en las grandes ciudades, y participación casi por igual de su *práctica* entre el ejercicio hospitalario y el no hospitalario. El ejercicio hospitalario implica enmarcar el ejercicio profesional en grandes *organizaciones* con estructuras jerarquizadas y burocratizadas, con los consiguientes repercusiones y cambios en la práctica y carrera profesional.

El pasado de la profesión ha configurado también su *personalidad política*, e incluso su *concepción como profesión*. La profesión médica fue obligada a participar en el SOE, y políticamente cooptada a través de los obligatorios Colegios Oficiales de Médicos (cuyos presidentes eran designados por la Jefatura del Estado). La doble dependencia (profesional y política) hizo difícil que esta profesión pudiera articular y plantear cualquier tipo de intereses, o incluso pudiera definir modelos de práctica alternativos. La instauración del sistema democrático en 1976 permite (al menos teóricamente) la articulación y formulación de intereses. El autoritarismo del sistema colegial, hasta entonces imperante, y la falta de discusión dentro de la profesión son factores que agudizan el fraccionamiento de la profesión.

Los intereses de parte o la totalidad de la profesión se articulan a través de una gran variedad de organizaciones, unas con mayor nivel de representación y otras con niveles más marginales. La diversidad en el ejercicio profesional, e incluso la diversidad política, ha hecho que sus intereses sean diferentes. La concepción sobre el ejercicio-profesional-tipo que tienen los médicos, socializados en un mercado sanitario público y trabajando en grandes organizaciones hospitalarias, se configurará siguiendo parámetros diferentes a la concepción que tiene el médico de cabecera o de familia, o los médicos con consulta privada. La incapacidad de la OMC para asumir en su seno a esta diversidad ha permitido (y ha forzado) la aparición de multitud de organizaciones de intereses médicos. Los intereses sindicales, cada vez más importantes dada la salarización progresiva de estos profesionales —y que no encuentran cabida en el marco de los Colegios de Médicos, dado su carácter más corporativista—, intentan ser representados por la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), la Federación Española de Sindicatos Médicos (FESIME), CC OO, UGT, etc. El tipo de ejercicio profesional es un elemento diferenciador claro.

Los diversos intereses tratan de ser articulados y representados por la Coordinadora de Médicos de Hospitales, Federación de Médicos de Hospitales del INSALUD (ICS), Federación de Médicos Titulares (rurales), Federación de Médicos de Asistencia Primaria, Federación de Médicos de Clínicas Privadas, etcétera. La diferenciación ideológica y política, con claros efectos sobre los modelos de profesión y de práctica profesional, está representada por la OMC, la CESM, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, la Mesa por un Servicio Nacional de Salud, etc. Esta diversidad de concepciones, en algunos casos muy encontradas, tiene unos claros efectos debilitadores en la forma de representación y defensa de dichos intereses. A todo ello hay que añadir las dificultades impuestas por la concepción estatalista de la cosa pública, que no permite cauces para la representación y formulación de intereses sectoriales, y la falta de legitimidad política y social de este tipo de representación de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ARRANZ, Leopoldo: *La prestación farmacéutica* (Madrid: INP, 1979).
- BARBER, B.: «Some problems in the sociology of the professions», *Daedalus*, 92: 669-688 (1963); *The logic and limits of trust* (New Brunswick, N. J.: Rutgers University Press, 1983).
- BERLANT, J. L.: *Professions and Monopoly* (Berkeley: University of California Press, 1975).
- BLEDSTEIN, B. J.: *The Culture of Professionalism* (Nueva York: Norton and Co., 1976).
- BOURDIEU, P.: *Reproduction in Education, Society, Culture* (Beverly Hills, Calif.: Sage, 1977).
- BRAVO, Federico, et al.: *Sociología de los ambulatorios* (Barcelona: Ariel, 1979).
- CAMPO URBANO, Salustiano del: *Problemas de la profesión médica española* (Madrid: Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias, 1964).
- CARLSON, Rick: *The End of Medicine* (Nueva York: Wiley, 1975).
- CENTRE D'ANALISIS I PROGRAMES SANITARIS: *Necesidades de Personal Médico en España* (Barcelona: CAPS, 1984).
- COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA: *Estudi Sociològic dels metges de Barcelona i Província* (Barcelona: GAPS, 1981).
- COLLINS, R.: *The Credential Society* (Nueva York: Academic Press, 1979).
- DI·MAGGIO, P., y MOHR, J.: «Cultural Capital, Educational Attainment and Marital Selection», *American Journal of Sociology*, 6: 1231-1261 (1985).
- ECKSTEIN, Harry: *Pressure Groups Politics: The Case of the British Medical Association* (Stanford: Stanford University Press, 1960).
- EHRENREICH, John (ed.): *The Cultural Crisis of Modern Medicine* (Nueva York: Monthly Review Press, 1978).
- FIELD, Mark: *Soviet Socialized Medicine* (Nueva York: The Free Press, 1967).
- FREIDSON, Eliot: *Professional Powers* (Chicago: The University of Chicago Press, 1986); *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control* (Nueva York: Elsevier, 1975); (ed.) *The Professions and their Prospects* (Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1973); *Professional Dominance* (Nueva York: Atherton Press, 1970); *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado* (Barcelona: Península, 1978).

- GOODE, W. J.: «The theoretical limits of professionalization», en A. Etzioni (ed.): *The semi-professions and their organization* (Nueva York: Free Press, 1969).
- GONZÁLEZ, Benjamín: *El capital humano en el sector sanitario: La distribución de médicos en España* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979).
- GREENWOOD, E.: «Attributes of a profession», *Social Work*, 2: 45-55 (1957).
- GUILLÉN, Mauro F.: «Procesos de cambio en la estructura ocupativa del sector sanitario español», *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 37 (1987), 68 pp.; «Pirámides sanitarias: Análisis de la estructura y dinámica del personal hospitalario español», *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 39 (1987).
- HALL, O.: «The informal organization of the medical profession», *Canadian Journal of Economics and Political Science*, 12 (1946): 30-41.
- HALLIDAY, T.: «Professions, class, and capitalism», *European Journal of Sociology*, 24: 321-346 (1983).
- HATZFELD, Henry: *La crisis de la medicina liberal* (Barcelona: Ariel, 1966), con notas y anexos de Felip Solé Sabarís.
- HAUG, M. B.: «Deprofessionalization: An alternative hypothesis for the future», *Sociological Review Monograph*, 20: 195-211 (1973); «The deprofessionalization of everyone?», *Sociological Focus*, agosto: 197-213 (1975); con J. Dofny (eds.): *Work and Technology* (Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1977).
- HEINZ, John, y LAUMAN, Edward: *Chicago Lawyers: The Social Structure of the Bar* (Nueva York: Russell Sage Foundation and American Bar Foundation, 1982).
- JOHNSON, Terence J.: *Professions and Power* (Londres: Macmillan, 1972).
- JONES, Philip R.: *Doctors and the BMA* (Londres: Gower, 1981).
- KASER, M.: *Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe* (Londres: Crom Helm, 1976).
- KLEIN, Rudolf: «The Corporate State, the Health Service and the Professions», *New University Quarterly* (primavera 1977), pp. 163-180.
- LAMPTON, D. M.: *The Politics of Medicine in China* (Colorado: Westview Press, 1977).
- LARKIN, Gerald: *Occupational Monopoly and Modern Medicine* (Nueva York: Tavistock Publications, 1983).
- LARSON, Magali Sarfali: *The Rise of Professionalism* (California: University of California Press, 1977); «Professionalism: Rise and fall», *International Journal of Health Services*, 9: 607-627 (1979); «Proletarianization and educated labor», *Theory and Society*, 9: 131-175 (1980).
- LINDSEY, A.: *Socialized Medicine in England and Wales: The National Health Service, 1948-61* (Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1962).
- LINZ, Juan J.: «An Authoritarian Regime: The Case of Spain», en Allard y Littunen (eds.): *Cleavages, Ideologies, and Party Systems* (Helsinki: Westermarck Society, 1964); «Totalitarian and Authoritarian Regimes», en Greenstein y Polsby (eds.): *Handbook of Political Science Volume 3: Macropolitical Theory* (Reading: Addison-Wesley, 1975); «A Century of Politics and Interests in Spain», en S. D. Berger (ed.): *Organizing Interests in Western Europe* (Nueva York: Cambridge University Press, 1981); con Amando DE MIGUEL, *Los empresarios y el poder público* (Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1966).
- MARCH, James, y OLSEN, Johan: *Ambiguity and Choice in Organizations* (Nueva York: Columbia University Press, 1976).
- MARMOR, Theodore: *The Politics of Medicare* (Nueva York: Aldine, 1973).
- McKEOWN, T.: *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis* (Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1979).
- McKINLAY, J.: «Toward the proletarianization of physicians», en C. DERTER: *Professionals as Workers* (Boston: Hall and Co., 1982).
- MEYER, John W., y SCOTT, W. Richard: *Organizational Environments* (California: Sage, 1983).
- MIGUEL, Amando de: «La profesión médica en España», *Papers: Revista de Sociología*, 5: 147-182 (1976).
- MIGUEL, Jesús M. de: *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976); *La sociedad enferma* (Madrid: Akal, 1979); *La salud pública del futuro* (Madrid: Tecnos, 1986).

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *La profesión farmacéutica del año 2000* (Madrid: MSC, 1986).
- MOORE, W. E.: *The Professions: Roles and rules* (Nueva York: Rusell Sage Foundation, 1970).
- NADAL, J.: *Oferta y demanda de médicos en España* (Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984).
- NAVARRO, Vicente: *Medicine under Capitalism* (Londres: Croom Helm, 1976).
- NUYENS, Yvo: *Sociologie en Gezondheidsorg* (Amberes: Uitgeverij de Nederlansche Boekhandel, 1969).
- OPPENHEIMER, M.: «The proletarianization of the professional», *Sociological Review Monograph*, 20: 213-227 (1973).
- PARKIN, Frank: *Class Inequality and Political Order* (Nueva York: Praeger, 1971); *Marxism and Class Theory* (Nueva York: Columbia University Press, 1979).
- PARSONS, Talcott: «The professions and social structure», *Social Forces*, 17: 457-467 (1939); *The Social System* (Nueva York: Free Press, 1951); «Professions», en D. Shills (ed.): *International encyclopedia of the social sciences* (Nueva York: Macmillan and Free Press, 1968).
- PÉREZ DÍAZ, V.: «Médicos, funcionarios y enfermos: la calidad de la asistencia sanitaria», en *El retorno de la sociedad civil* (Madrid: Instituto de Estudios Económicos, 1987), pp. 325-351.
- PINILLA DE LAS HERAS, Esteban, y VIDAL TEIXIDOR, Ramón: *Enfermos, médicos y hospitales: Una imagen sociológica sobre la medicina hospitalaria* (Barcelona: Ciba-Geigy, 1977).
- POLAK, J.: *La medicine du capital* (París: F. Maspero, 1972).
- POWLES, John: «On the limits of modern medicine», *Science, Medicine, and Man*, 1: 1-30 (1973).
- RAYACH, Elliot: *Professional Power and American Medicine* (Cleveland: The World Publications, 1967).
- RODRÍGUEZ, Josep A.: *Salud y sociedad* (Madrid: Tecnos, 1987); *The Politics of Medicine in Spain* (tesis doctoral, Yale University, 1987); «El poder médico, desde la sociología», *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, 14: 95-112 (1981); «La rebelión de los médicos: Análisis sociológico de las actitudes de la profesión médica ante la organización de la sanidad en España», *Sistema*, 78: 69-100 (1987).
- SALAMAN, Graeme, y THOMPSON, Kenneth (eds.): *Control and Ideology in Organizations* (Cambridge: The MIT Press, 1980).
- SERIGÓ, Adolfo: *La crisis de la sanidad española* (Madrid, 1979).
- SIDEL, Victor y Ruth: *A Healthy State* (Nueva York: Pantheon Books, 1977).
- SIGERIST, H.: *A History of Medicine* (Nueva York: Oxford University Press, 1951).
- STARR, Paul: *The Social Transformation of American Medicine* (Nueva York: Basic Books, 1982).
- STESLICHE, W. E.: *Doctors in Politics: The Political Life of the Japan Medical Association* (Nueva York: Praeger, 1973).
- STEVENS, Rosemary: *American Medicine and the Public Interest* (New Haven: Yale University Press, 1971).
- WILENSKY, Harold: «The Professionalization of Everyone», *American Journal of Sociology*, 70: 137-158 (1964).