

LA MEDICINA COMO PROFESION HEREDITARIA Y EL GRUPO DE REFERENCIA COMO DEFINIDOR DEL ROL DE MEDICO

Por Justo DE LA CUEVA ALONSO y Margarita AYESTARAN ARANAZ (sociólogos)

NUESTRO intento de explicación (sociológica) de la actual crisis de la Medicina y la Sanidad en España parte de la hipótesis de la crisis del haz de expectativas vinculadas en la sociedad española al comportamiento de los médicos. Esto es, parte de la hipótesis de la crisis del papel social, del rol de médico en España.

Conviene que recordemos ahora que los roles sociales son complejos de normas de comportamiento cuasi-objetivos y, en principio, independientes del individuo. Y que las expectativas de comportamiento vinculadas a los roles suponen una coacción sobre ese individuo, toda vez que la sociedad usa de una serie de "sanciones" para obligarle a cumplirlas. Esas "sanciones" son de diversos tipos. En ocasiones la expectativa de comportamiento que forma parte del rol de médico, por ejemplo, está refor-

zada por el peso de la Ley. Se llama a estas expectativas de rol expectativas de imposición. Otras expectativas de rol, llamadas "de obligación moral", no están sancionadas por la Ley, pero sí por los estatutos, reglamentos y normas cuasi-jurídicas de los estamentos o instituciones a que pertenece el individuo. A un médico que incumpliera la expectativa de rol "de obligación moral" de no hacerse publicidad y de no denigrar a sus colegas, su Colegio de Médicos le aplicaría una sanción que podría ir desde la amonestación a la expulsión del Colegio. Otras expectativas de rol ("expectativas de posibilidad") no están sancionadas por la Ley o por el uso jurídico, pero sí por la costumbre y su cumplimiento es premiado con la estima y su incumplimiento castigado con la antipatía o el menosprecio de los colegas, de los clientes o de

los vecinos o de la "opinión pública" en general.

Subrayado esto, volvamos al hilo central de nuestro análisis. Hemos dedicado la segunda de estas "notas" a la "explosión" del rol de médico en España. Lo que fundamentalmente hemos querido indicar con ello es que se han producido profundos y, en muchas ocasiones, abruptos y rápidos cambios en el contenido de las expectativas de comportamiento vinculadas a la posición del médico. Las expectativas de comportamiento que coaccionan al médico y cuya coacción le viene reforzada por las sanciones sociales, son, por ejemplo, diferentes para un "médico de cabecera" de hace no más de 40 años que para el "radiólogo" de hoy. Son diferentes para un médico en cuyo mundo no existieran las sulfamidias ni los antibióticos que para uno que coexiste con ellos.

Esto es, que han pasado por una Facultad de Medicina. Y que los que allí les han transmitido su imagen de lo que es el rol de médico les han transmitido eso: su imagen. La de quienes, por su edad, la adquirieron en una época en la que el rol de médico tenía poco de común con el rol de médico que hoy exige cumplir la sociedad española.

He ahí una de las raíces de la situación de desasosiego interior, de incomodidad, de inadaptación de los médicos españoles.

En el "gran teatro del mundo" tienen que representar el papel de "médico". Estudiaron el papel, copiaron los ademanes, el tono de voz, la forma de representar de su padre o de su abuelo que durante muchos años lo representaron. Y al salir a escena, el público les abuchea, les chilla, les rechaza. Porque el "papel" ha cambiado.

¿Quién lo ha cambiado? ¿Quién es el "autor" que "escribe" los papeles sociales, los roles?

EL GRUPO DE REFERENCIA Y LA DEFINICION DE LOS ROLES SOCIALES

Siguiendo la metáfora del "gran teatro del mundo" hemos contestado ya antes a la pregunta ¿quién es el autor? diciendo que es la sociedad. Un rol, hemos dicho, es un haz de expectativas vinculadas en una sociedad dada al portador de una posición dentro de esa sociedad, haz de expectativas cuyo contenido específico no se determina ni se cambia por cualquier individuo, sino por la sociedad. De acuerdo. Pero, ¿quién o qué es esa "sociedad" que define las normas "sociales", impone y aplica las sanciones "sociales" y define los roles "sociales"?

¿El conjunto de los hombres que componen la sociedad? Es obvio que no. La mayoría de los miembros de la sociedad española, por ejemplo, no interviene en la definición de las expectativas vinculadas a los roles de "policia", "monja" o "jugador de fútbol", por ejemplo. ¿Será entonces el poder legislativo o el ejecutivo el que actúa representando a todos los miembros de la sociedad al fijar las expectativas de rol y sus sanciones? En parte es cierto, pero no del todo. Hay muchas pautas de comportamiento social vigentes sin que los poderes citados las hayan fijado.

El error de estos dos supuestos estriba en que ambos se basan en creer que hay un solo autor que escribe los papeles.

La respuesta correcta, la que explica lo que pasa, emplea una categoría sociológica desarrollada por Robert K. Merton: el "grupo de referencia". Una categoría que subraya el hecho de que los individuos, para dar forma a su conducta y a sus valoraciones, se orientan hacia grupos de los que ellos mismos no forman parte. Y que es el rechazo o la aprobación de esos grupos (de los que no forma parte) el que guía y orienta su conducta. Dahrendorf reduce ligeramente el concepto para poder precisamente aplicarlo a la solución del problema de quién o qué es esa "sociedad" que "escribe los roles, los papeles sociales". "Si entendemos—dice Dahrendorf—por grupos de referencia no todo grupo extraño, arbitrariamente elegido por el individuo, sino sólo aquellos con los que entra necesariamente en contacto debido a sus posiciones, podremos afirmar que todo segmento de rol y posición establece una conexión entre el portador de una posición y uno o varios grupos de referencia. Los grupos de referencia no son ya, en este caso, necesariamente grupos ajenos; el individuo puede ser miembro del mismo, en razón de su posición. En este sentido, el campo de posición del catedrático Schmidt puede ser precisado como un agregado de grupos de referencia, cada uno de los cuales le impone prescripciones y es capaz de sancionar positiva o negativamente su comportamiento. La pregunta por la esencia de "la sociedad" con relación a los roles sociales se convierte en la pregunta sobre el modo cómo los grupos de referencia determinan y sancionan las expectativas de las posiciones localizadas por ellos."

Sustituycamos el "catedrático Schmidt" de Dahrendorf por nuestro "doctor Fulano". Estamos ya en condiciones de entender cómo el rol de médico español ha sido cambiado por la presión de los grupos de referencia con los que le vincula precisamente su posición de médico. De hecho, y esto es revelador y fundamental en nuestro caso, una gran parte del cambio del rol de médico proviene del hecho de que han cambiado los grupos de referencia con los que al médico español le vincula su posición de médico.

En efecto, si nuestro "doctor Fulano" es un MIR de hoy es probablemente un médico que ve definido su rol de médico, el haz de expectativas vinculadas a su posición de médico, por un señor que no es médico, por un señor que es un burócrata, un gerente, un ejecutivo de la Seguridad Social. Porque el MIR no es ese profesional liberal dibujado por la tradición médica decimonónica. El MIR es un asalariado. Y en tanto que médico, ha aparecido para él, vinculado a él, un grupo de referencia constituido por la burocracia de la Seguridad Social. La estrategia, las tácticas, las protestas "more profesional liberal" no les sirven de mucho a los MIR. Por eso se están adaptando deprisa a la estrategia, las tácticas y las protestas de los asalariados. Se están adaptando al nuevo rol de médico definido por su nuevo grupo de referencia. Pero al tema de la asalariación y la proletarianización de los médicos españoles dedicaremos la próxima de nuestras "Notas".

LA "MADRE" DEL CONFLICTO: UN APRENDIZAJE SOCIAL DESFASADO

Esa "explosión" del rol de médico, ese rápido y acelerado cambio del contenido de las expectativas de comportamiento del médico no ha podido producirse sin provocar conflictos. Conflictos que están en la base de la actual crisis de la Medicina y la Sanidad en España.

La "madre" del conflicto estriba, a nuestro entender, en un desfase en uno de los mecanismos fundamentales de la sociedad: el proceso de socialización por la internalización de pautas de comportamiento. En efecto, hemos dicho ya que los roles son complejos de normas de comportamiento preestablecidos, independientes del individuo. Y, por eso, son "papeles" que el "actor", el individuo, tiene que aprenderse para poder "representarlos". En ese aprendizaje de su papel, en esa internalización que el individuo ha de hacer de un papel que le precede para poder

representarlo, consiste la socialización en sentido sociológico. La integración con y en la sociedad. Los "agentes" de esa socialización son, básicamente, el sistema educativo, la familia, la Iglesia, el grupo de los iguales, etc.

Ahora bien, en épocas de cambio social acelerado puede suceder que esos mecanismos, esos agentes de socialización, se desfasen. Y que hagan internalizar al individuo unas pautas de comportamiento, unas expectativas de comportamiento, unos roles, en definitiva, que han dejado de estar vigentes, que han cambiado. El individuo se socializa así para una sociedad que ya no existe. Se entrena para actuar de una forma que es diferente de la forma en que la gente espera ahora que actúe, le exige ahora que actúe y por la que le va a "sancionar" ahora, si no la respeta.

UNA CIRCUNSTANCIA AGRAVANTE: LA MEDICINA COMO PROFESION HEREDITARIA

Podría pensarse que un médico, dado su nivel profesional y de instrucción superaría mejor que un campesino analfabeto el conflicto entre los roles que han internalizado y los roles—distintos—que le van a exigir hoy. Sin embargo, se da una circunstancia que modifica radicalmente esa suposición. Una circunstancia que contribuye a hacer más rígida la adhesión de los médicos españoles al "viejo" rol de médico. Una circunstancia que dificulta la aprehensión por el médico español de los cambios producidos en su rol. Una circunstancia que facilita el aprendizaje por el médico español de un rol de médico que se corresponde a una etapa histórica anterior y distinta a aquella en la que tiene que vivir hoy. Esa circunstancia es el marcado carácter de profesión hereditaria que tiene la Medicina en España.

En una investigación realizada por nosotros en 1967 (ver TRIBUNA MEDICA 15-1-1968) encontramos que uno de cada cuatro médicos (el 23 por 100) formaba parte de una familia con dos generaciones consecutivas de médicos (era hijo de mé-

dico, o padre de médico, yerno de médico o tenía hijo estudiando Medicina). Uno de cada veinte médicos (el 5 por 100) formaba parte de una familia con tres generaciones consecutivas de médicos (era hijo y nieto de médicos, o hijo de médico y padre de médico o de estudiante de Medicina, o padre de médico y yerno de médico). Uno de cada cien médicos, en fin (el 1 por 100) pertenecía a una familia con cuatro generaciones consecutivas de médicos (padre de médico y, a su vez, hijo y nieto de médico). En suma, el 29 por 100 de los médicos españoles pertenecen a una familia con dos, tres o cuatro generaciones consecutivas de médicos.

¿Qué significa eso con respecto al tema que venimos tratando? Sencillamente que al aprender el rol de médico, los médicos españoles no aprenden el rol de médico, el haz de expectativas que su sociedad de hoy les va a exigir que cumplan. Sino el rol de médico tal como lo definen, lo piensan, lo conciben, el médico que es su padre o su abuelo o su bisabuelo. Lo cual no supondría ningún problema

si esos dos roles de médico, como sucede en las épocas estables, coincidieran. Pero no vivimos en una época estable. Vivimos en una época de cambio acelerado en la que en el rol de médico, como vimos en la nota anterior, ha "estallado". De ahí, el conflicto.

Y no se piense que el fenómeno afecta sólo a ese 29 por 100 de médicos, miembros de estirpes médicas. Los hemos mencionado antes porque ellos son caso extremo. Pero es que en otra encuesta nuestra de hace cuatro años encontramos que la mitad más uno de los médicos eran hijos de médico o de otro profesional universitario de grado superior o medio. Es decir, que la mitad de los médicos han crecido y aprendido su rol de médico, o bien en una familia médica o bien en una familia universitaria que, sustancialmente, ha de compartir la imagen que de sí mismo y de su rol tengan sus colegas universitarios que sean médicos.

¿Y la otra mitad de médicos que no son hijos de universitarios de grado medio o superior? Pues piénsese que son médicos.