

TRIBUNA MEDICA

NUMERO
EXTRAORDINARIO

Periódico semanal destinado a todos los médicos de España

Madrid, 15 de enero de 1968 ● Año V ● Núm. 195
CALLE DE BRAVO MURILLO, 38

DIRECTOR: ENRIQUE COSTAS LOMBARDIA.

Depósito legal: M-7975-1964

OPINIONES Y ACTITUDES DE LOS MEDICOS ESPAÑOLES

PRIMERA
ENCUESTA
NACIONAL
SOBRE
PROBLEMATICA
MEDICA

Realizada por
iniciativa de
TRIBUNA MEDICA
y llevada a cabo
por TERPA, S. A.

ALGUNOS PUNTOS DE LA ENCUESTA

- Los médicos españoles prefieren el ejercicio liberal.
- En la Seguridad Social prefieren la libre elección de médico por el enfermo y la retribución por acto médico.
- Noventa y seis de cada cien médicos españoles desean la creación de un Ministerio de Sanidad.
- Tres de cada cuatro médicos españoles creen que debería exigirse el título de especialista para opositar o concursar a plazas de especialidades médicas.
- Los médicos españoles son contrarios al «numerus clausus» en las Facultades de Medicina.
- Ochenta y seis de cada cien médicos españoles están a favor de la aplicación en España de los acuerdos del Mercado Común sobre la creación del médico europeo.

EN ESTE NUMERO

El presente número extraordinario contiene exclusivamente un estudio riguroso, estadístico-matemático y, por lo tanto, científico y objetivo, que define las actitudes y opiniones de los médicos españoles sobre algunos de los grandes apartados de la problemática médica actual en nuestro país. La edición de este extraordinario fué anunciada —como nuestros lectores recordarán— en uno de nuestros pasados números ordinarios, el 177, de fecha 22 de septiembre último, al publicar entonces la parte del estudio referente a las revistas médicas.

Naturalmente, este estudio no puede ni pretende ser exhaustivo. Hemos dicho ya que se refiere a algunos —o sea, no todos— de los puntos fundamentales de la problemática médica. La Medicina española, situada hoy en una encrucijada confusa y angosta, presenta una urdimbre de problemas tan densa que sería empeño no sólo imposible, sino necio y hasta perjudicial, intentar comprenderlos todos en un solo trabajo, aunque éste sea, como el presente, extenso y a la vez profundo. Quizá el valor primero de este estudio de TRIBUNA MEDICA sea el de mostrar la necesidad de realizar otros, o lo que es lo mismo, la necesidad de establecer un

nuevo método, una nueva forma de enfrentarse con los problemas y tratar de desentrañarlos; trabajos serios, rigurosos, científicos, que definan realidades auténticas, que sinteticen en datos los hechos, que permitan análisis objetivos, que, en fin, argumenten con la contundencia de la verdad, siempre irrefutable.

Definir sobre rigurosas bases estadístico-matemáticas y sociológicas —definir con autenticidad y verdad— cuáles son las actitudes y opiniones de los médicos sobre los problemas y circunstancias que hoy presenta su ejercicio profesional es, realmente, necesidad inexcusable para penetrar en el futuro de modo adecuado y conveniente; para establecer correctas premisas de las que fácilmente deriven decisiones pertinentes; para fijar objetivos y programar medios; para que cada uno pueda conocer la situación de su opinión personal en relación con la de la mayoría.

Por todo ello, TRIBUNA MEDICA cree que su iniciativa de realizar y publicar este estudio —primero nacional que se lleva a cabo en España— puede ser útil en alguna medida a los médicos y a la Medicina en nuestra nación.

El análisis de los resultados que se publican en el presente número extraordinario de TRIBUNA MEDICA ha sido elaborado por:

- ◆ JUSTO DE LA CUEVA ALONSO
- ◆ JOAQUIN HERRERO MURIEL
- ◆ TORCUATO PEREZ DE GUZMAN MOORE

CUADRO IX

¿POR QUÉ PREFIERE EL EJERCICIO LIBERAL O EL INGRESO FIJO?

	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
LIBERAL				
Supone un estímulo	20	27	31	24
Mejor relación del médico-enfermo	14	10	14	13
La medicina es profesión liberal	24	6	15	21
Da más prestigio	2	1	3	2

FIJO AL MES

El médico debe tener una compensación mínima.	1	2	1	1
Porvenir asegurado	9	19	15	12
Proporciona mejor dedicación	8	4	6	7
Es una ventaja que ya gozan otros trabajadores.	6	6	3	5
Varios	2	2	1	2
No lo saben o no contestan	14	13	11	13

LA «RAZON» MAS ALEGADA POR LOS MEDICOS METROPOLITANOS ES QUE «LA MEDICINA ES UNA PROFESION LIBERAL»

El cuadro número 9 nos muestra algunas diferencias en las razones alegadas para explicar la preferencia por el «ejercicio liberal» en función del estrato metropolitano, urbano o rural.

«La Medicina es una profesión liberal»; aventaja como razón más citada en los metropolitanos al «suponer más estímulo personal» (24 por 100 y 20 por 100, respectivamente). En los estratos rural y urbano el orden se invierte, siendo los porcentajes respectivos 31 por 100 y 15 por 100 en el rural y 27 por 100 y 16 por 100 en el urbano.

RAZONES DE LA PREFERENCIA DEL EJERCICIO CON INGRESOS MENSUALES SEGUROS

«ES NECESARIO TENER EL PORVENIR ASEGURADO» Y «FACILITAR UNA MAYOR DEDICACION Y MEJORES MEDIOS DE TRABAJO»

Veintiocho de cada cien médicos optaron por «ejercicio con ingresos mensuales seguros atendiendo a un grupo determinado de personas». ¿Por qué?

- He aquí sus contestaciones a esta pregunta:
 - El 12 por 100 indicaron que «es necesario tener el porvenir asegurado».
 - El 7 por 100 dieron como razón que el ejercicio en estas condiciones facilita una dedicación mejor y proporciona mejores medios de trabajo. Late aquí el convencimiento de la creciente complejidad y el también creciente volumen de inversión necesario para el ejercicio de muchas especialidades médicas.
 - El 5 por 100 apuntaron que los ingresos mensuales seguros son ventajas que poseen ya todos los trabajadores. Aún cuando la afirmación sea desgraciadamente optimista en un país con más de un millón de trabajadores eventuales, evidencia una equiparación conceptual del médico con «otros trabajadores».
 - El 1 por 100 afirmó que los ingresos mensuales seguros son una mínima compensación por el esfuerzo realizado al cursar la carrera.
 - Un 2 por 100 dieron respuestas muy variadas y otro 1 por 100 no dió razón de su preferencia.
- Los cuadros 9, 10 y 11 nos reflejan las diferencias que la edad, el estrato o la intensidad en el ejercicio introducen en la alegación de razones.
- Destacan el 19 por 100 de los médicos urbanos señalando como razón la necesidad de asegurar el porvenir y el 14 por 100 de los médicos de veinticinco a treinta y cuatro años, subrayando la facilidad de mayor dedicación y mejores medios de trabajo.

CUADRO X

EDAD

	Menos de 25 %	25-34 %	35-44 %	45-54 %	55-64 %	65 y más %	Total %
LIBERAL							
DAN RAZONES DE SU PREFERENCIA POR EL EJERCICIO LIBERAL							
Supone más estímulo personal	33	19	26	34	25	18	24
Permite una mejor relación médico-enfermo	13	12	15	7	14	20	13
La Medicina es una profesión liberal...	7	16	25	17	20	29	21
Proporciona más prestigio	7	1	2	2	2	1	2
FIJO							
DAN RAZON DE SU PREFERENCIA POR LOS INGRESOS MENSUALES SEGUROS							
El médico debe tener una mínima compensación por el esfuerzo realizado al cursar la carrera	—	1	—	3	2	—	1
Es necesario tener el porvenir asegurado	13	14	8	17	11	12	12
Proporciona mejor dedicación y mejores medios de trabajo.	13	14	4	2	4	6	7
Son ventajas (los ingresos mensuales seguros) que tienen ya todos los trabajadores	7	8	5	2	7	3	5
Varios	—	1	3	2	—	1	2
No sabe o no contesta	7	14	12	14	15	10	13
Total	100	100	100	100	100	100	100

Las variaciones por la edad

El porcentaje más alto para un grupo de razones lo ostenta el de «supone más estímulo personal», con el 34 por 100 de los médicos de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años (cuadro 10).

Los médicos de sesenta y cinco y más años son los que en mayor proporción invocan como razón que «la Medicina es una profesión liberal» (el 29 por 100). También ellos son los que en mayor porcentaje alegan que el ejercicio liberal «permite una mejor relación médico-enfermo» (el 20 por 100). Son los menores de veinticinco años los que presentan el mayor porcentaje (7 por 100) para la razón «proporciona más prestigio».

CUADRO XI

EJERCICIO

	Plena dedicación %	No es dedicación primordial %	Ejercieron y ahora no %	Nunca han ejercido %	Total %
LIBERAL					
	25	9	9	33	24
	12	18	24	17	13
	20	28	24	—	21
	2	—	—	17	2
FIJO AL MES					
	1	—	5	—	1
	12	9	—	17	12
	7	18	5	16	7
	5	9	4	—	5
	2	—	—	—	2
	14	9	5	—	13
Total	100	100	100	100	100

PARA EL S.O.E.

CUATRO DE CADA CINCO
MÉDICOS PREFIEREN



LIBRE ELECCION DE MÉDICO POR EL ENFERMO Y PAGO POR ACTO MÉDICO



El Seguro Obligatorio de Enfermedad es, dentro de la sociología médica, un tema apasionante. La progresiva ampliación del porcentaje de población a él acogida; la importancia también creciente de su trascendencia económica en el cómputo de la vida económica de la nación; la trascendencia social y política que tiene su funcionamiento; las modificaciones que supone de los modos y maneras anteriores de realizar el acto médico; su incidencia en el futuro profesional del médico, en la reglamentación de sus actividades, en la jurisdicción sobre sus organizaciones; la carga emocional y pasional que se añade a la discusión abstracta sobre sus principios y a la concreción de sus detalles; el enfrentamiento — en su discusión — de planteamientos doctrinales, jerarquizaciones de valores diferentes y contrapuestos; la discrepancia existente en las opiniones que sobre él manifiestan sus beneficiarios y los profesionales que lo sirven; las implicaciones que su organización y funcionamiento tienen con concepciones opuestas de las de la sociedad y el Estado (Estado liberal frente al Welfare Estado), todo ello hace del tema uno de los más delicados, complejos e interesantes de la Sociología Médica. Su problemática propia posee tal grado de actualidad que es raro el día que no se publica alguna noticia con ella relacionada.

Por todo ello el haz de posibles enfoques sociológicos del S. O. E. es muy amplio y nosotros hubiéramos deseado poder contar con un número de preguntas en nuestro cuestionario suficientes para tocar varios de ellos. Forzados, por razones de economía de tiempo, a formular dos únicas preguntas, hemos escogido las siguientes:

— «En el S. O. E. actualmente se cobra una cantidad fija por cartilla y se tiene asignado un número determinado de cartillas. ¿Cree usted preferible ese sistema o, por el contrario cree que sería preferible el del pago de una cantidad por acto médico con la libre elección de médico por el enfermo?»

— «¿Por qué?»

Las razones que nos han movido a formular estas preguntas y no otras son las siguientes:

1. Se trata de un tema que relaciona directamente al S. O. E. y al papel del médico en el mismo, concretamente a la forma de realizar el papel que le es propio.

2. Como indicamos en otro lugar de nuestro trabajo la oposición al Seguro de Enfermedad que aparece como común en la profesión médica, tanto española como de otros países, tiene quizá como razones profundas la modificación que la institución ha introducido en el propio sistema de valores del grupo profesional médico y de su sistema de normas y procedimientos de control establecidos.

3. El tema de la libre elección de médico por el enfermo es un punto clave de la postura de la clase médica respecto al Seguro de Enfermedad. Transcribimos el texto del segundo principio de los aprobados en la XVII Asamblea Médica Mundial (octubre 1963) relativo al ejercicio médico en cualquier sistema de Seguridad Social:

«Todo plan de Seguridad Social debiera permitir que el paciente consulte al médico de su preferencia y que el médico sólo trate a los pacientes de su elección, sin que los derechos de ambos se vean afectados de ninguna manera. El principio de libre elección debe ser aplicado también en los casos en que el tratamiento médico o parte de él es dispensado en centros asistenciales.»

4. Dieciséis de cada veinte médicos (el 79 por 100) prefieren el sistema de «cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo».

Tres de cada 20 (el 15 por 100) prefieren una cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas.

Uno de cada 20 (6 por 100) no sabe o no contesta.

La mayoría a favor del sistema de libre elección de médico y pago por acto médico es realmente amplísima.

5. Los médicos metropolitanos son los más partidarios del sistema de libre elección, y los urbanos, los más partidarios del sistema de cantidad fija por cartilla y de remuneración por cartilla.

El cuadro 12 nos indica las dos siguientes clasificaciones de los estratos de residencia según sus contestaciones a la cuestión propuesta.

Estratos	Porcentaje de médicos a favor del sistema de libre elección de médico y pago por acto médico
1.º Metropolitano	81
2.º Rural	76
3.º Urbano	75

Estratos	Porcentaje de médicos a favor del sistema de cantidad fija por cartilla y número fijo de cartillas
1.º Urbano	21
2.º Rural	16
3.º Metropolitano	13

6. Los solteros son más partidarios que los casados y éstos más que los viudos, del sistema de libre elección de médico y pago por acto médico.

El cuadro 14 nos revela, en efecto, que casi nueve de cada diez médicos solteros (el 88 por 100) están a favor de la libre elección y el pago por acto médico. Frente al 76 por 100 de los casados y al 50 por 100 de los viudos.

Las mujeres (véase cuadro 13) no presentan ninguna adhesión al sistema de pago por cartilla. Los médicos jubilados son algo más partidarios del sistema de libre elección que los que están en ejercicio, y a favor de tal sistema están todos los estudiantes entrevistados (cuadro 15).

Podemos concluir que: En las grandes poblaciones (estrato metropolitano) los médicos son más favorables al sistema de libre elección que en las pequeñas. Y que los médicos del estrato urbano, congruentemente con otras tomas de postura que venimos advirtiendo, son más «conservadores» (más partidarios del número fijo de cartillas y cantidad por cartilla) desde luego que los metropolitanos, pero también más que los rurales. Por otra parte, se advierte que a menor edad y a menores responsabilidades familiares, mayor adhesión al sistema de libre elección. Con la excepción del grupo de mayor edad que rompe la tendencia (otro síntoma que ya se advirtió es el de los jubilados).

7. Los médicos que, en general (no sólo para el S. O. E.), prefieren el ejercicio liberal al ejercicio con ingresos mensuales seguros son más partidarios del sistema de libre elección en el S. O. E.

Era lógico esperar que aquellos médicos que ante la opción: «ejercicio liberal-ejercicio con ingresos mensuales seguros atendiendo a un número determinado de personas», hubiera optado por el ejercicio liberal, serían más partidarios del sistema de libre elección de médico por el enfermo, que los que hicieran la opción contraria.

Para comprobar esa hipótesis elaboramos el cuadro 16, que nos muestra cómo el 87 por 100 de los médicos que declararon preferir el ejercicio liberal han dicho preferir para el S. O. E. «el sistema de libre elección de médico» frente a sólo el 61 por 100 de los que prefirieron el ejercicio con ingresos mensuales seguros.

8. La tenencia de hijo médico o estudiante de Medicina no aumenta el porcentaje favorable al sistema de libre elección, sino que lo disminuye.

El cuadro 17 nos cruza los resultados de la pregunta que analizamos con el hecho de tener hijo médico o estudiando Medicina.

Los médicos con hijo médico o estudiando medicina presentan porcentajes a favor del sistema de «libre elección» más reducidos que el general (72 por 100 frente al 79 por 100) siendo superados por los solteros y casados sin hijos (83 por 100) y los que no tienen hijo médico o estudiando Medicina (77 por 100). La tenencia de hijo médico se

revela así menos influyente sobre la adhesión al sistema de «libre elección» que el factor edad. En efecto, como veremos en otra parte de nuestro trabajo, los médicos sin hijo médico o estudiando Medicina están lógicamente por encima de los cuarenta y cinco años y ya hemos indicado que al aumentar la edad es menos numerosa la adhesión al sistema de «libre elección».

9. Los médicos que sí animarían a sus hijos a estudiar Medicina son más partidarios del sistema de libre elección que los que no les animarían.

El cuadro 18 nos refleja las diferencias entre las actitudes de los médicos según la postura que han manifestado respecto de animar o no a sus hijos a estudiar Medicina.

Los médicos que han afirmado que sí animarían a sus hijos a estudiar Medicina presentan un porcentaje de respuestas a favor del sistema en el S. O. E. de libre elección de médico por el enfermo y pago por acto médico, algo superior (el 80 por 100) al porcentaje general (79 por 100).

Los médicos que, por el contrario, indicaron que NO animarían a sus hijos a estudiar Medicina presentan un porcentaje (70 por 100) inferior al general.

Los cuadros 19 y 20 presentan las contestaciones a la pregunta «¿por qué razón cree usted preferible en el S. O. E. el sistema de pago de una cantidad fija por cartilla?», o en su caso «¿por qué cree preferible en el S. O. E. el sistema de pago de una cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo?», que fueron formuladas a los entrevistados inmediatamente después de que se pronunciaron a favor de una u otra alternativa.

La pregunta se formuló abierta. Nosotros hemos agrupado las contestaciones de la siguiente forma:

A FAVOR DEL SISTEMA DE «CANTIDAD POR ACTO MÉDICO Y LIBRE ELECCION DE MEDICO POR EL ENFERMO»

- El enfermo tiene derecho a elegir.
- Supone más estímulo para el médico.
- Facilita una mejor relación médico-enfermo.
- Sería mejor económicamente para el médico.
- La Medicina es una profesión liberal.
- El enfermo estará mejor atendido.

A FAVOR DEL SISTEMA «CANTIDAD POR CARTILLA Y NUMERO DETERMINADO DE CARTILLAS»

- El otro sistema facilita los abusos por falta de preparación cultural de los enfermos.
- Es difícil organizar bien el sistema de pago por acto médico.
- Varias.

9. La clasificación de las razones a favor del sistema de libre elección.

A partir de los datos de los cuadros 19 y 20 podemos ordenar las diversas razones, según el porcentaje de respuestas que representan sobre el total, de la siguiente forma:

RAZON QUE ALEGAN	Porcentaje del total de entrevistados
1.ª Facilita una mejor relación médico-enfermo...	22
2.ª Supone más estímulo para el médico ...	19
3.ª El enfermo tiene derecho a elegir ...	13
4.ª La Medicina es una profesión liberal ...	8
5.ª Sería mejor económicamente para el médico ...	7
6.ª El enfermo estará mejor atendido ...	5

Esta clasificación es muy rica en sugerencias. Apuntemos las que a nuestro juicio son más resaltables.

A) Las contestaciones han girado en torno a tres líneas básicas:

1. El sistema de libre elección de médico por el enfermo y pago por acto médico es mejor para el enfermo (40 por 100 del total de los médicos).

— «Facilita una mejor relación médico-enfermo» (22 por 100).

— «El enfermo tiene derecho a elegir» (13 por 100).

— «El enfermo estará mejor atendido» (5 por 100).

2. El sistema es mejor para el médico (26 por 100 del total de los médicos).

— «Supone más estímulo para el médico» (19 por 100).

— «Sería mejor económicamente para el médico» (7 por 100).

3. El sistema indicado es el mejor, porque es el que corresponde a la «naturaleza» de la Medicina (8 por 100 del total de los médicos).

— «La Medicina es una profesión liberal». Resaltamos, ante todo, algo que dice mucho en favor del nivel deontológico de los médicos españoles: el hecho de que al decidirse por uno u otro sistema, el grupo, con mucho, más numeroso (el 40 por 100) lo haga movido por consideraciones centradas en el enfermo.

La preocupación por la relación médico-enfermo está muy presente en el ánimo de los médicos españoles. El tema está profusamente tratado en las publicaciones médicas, en los congresos, en las deliberaciones de los colegios, en las obras de los médicos, etc. Por nuestra parte, apuntamos que por ahí aflora lo más sólido de la argumentación de los médicos para matizar el hecho de la Seguridad Obligatoria.

En efecto, parece difícil que los médicos puedan rebatir válidamente la cadena argumental básica de los defensores de la Seguridad Obligatoria de Enfermedad:

— La asistencia médica es un bien primario, de primera y absoluta necesidad.

— La complejidad y el coste de la Medicina en nuestra época, de un lado, y la distribución de la renta y las características sociológicas de amplias capas de la población, de otro, hacen difícil o imposible para muchos el acceso individual a la asistencia médica.

— La sociedad organizada (el Estado) tiene la obligación de arbitrar procedimientos que garanticen a toda la población el acceso a la asistencia médica.

Pero, sin embargo, la posición argumental de los médicos es solidísima si frente a esa cadena argumental rearguyen:

— Ciertamente debe tenerse muy en cuenta la naturaleza intrínseca de la acción médica. Una determinada manera de la relación médico-enfermo forma parte intrínseca de la acción de curar, de la acción de asistir médicamente. SI ESA RELACION MEDICO-ENFERMO SE DESVIRTUA, SE DETERIORA, SE DESTRUYE, se ha modificado la propia naturaleza de la acción de curar y atender. En ese caso, el sistema de Seguridad Social ha frustrado sus propios objetivos, porque no ha extendido a la población la verdadera acción médica. Ha extendido otra cosa que se parece indudablemente a ella, pero que no es ella.

Creemos que es desde esta perspectiva como debe contemplarse la alegación por los médicos, en forma prioritaria, de la razón «mejoraría la relación médico-enfermo».

«El enfermo tiene derecho a elegir su médico», es un principio tradicionalmente sustentado por los médicos como básico de la concepción de la Medicina. Como principio «de derecho natural». Ya hemos citado antes el principio segundo de los proclamados en la XVII Asamblea Médica Mundial, que lo contiene. Es congruente el hecho de que sea alegado como razón por el 13 por 100 de los médicos.

«El enfermo estaría mejor atendido» es una matización de la «mejor relación médico-enfermo».

Subrayemos nuevamente que son los médicos los que tienen una valoración peyorativa de la atención recibida por el enfermo en el S. O. E., valoración peyorativa que está sosteniendo la alegación de esta razón. Y que los asegurados tienen, mayoritariamente, una mucho mejor opinión sobre cómo son atendidos en el S. O. E. (1).

De las razones que se basan en el otro polo de la relación médica: el médico, la de que el sistema de libre elección de médico

(1) En el artículo anterior hemos citado datos al respecto procedentes de diversas encuestas.

RAZONES DE LA PREFERENCIA

por el enfermo y pago por acto médico «supone más estímulo para el médico» es una razón clásica en relación con una profesión liberal. Ya nos hemos referido a ella en el artículo anterior y nos remitimos a los comentarios allí hechos. La de que «sería mejor económicamente para el médico» es una variante de la misma que acentúa sus repercusiones materiales o que las expone más crudamente.

B) En realidad, todas las razones alegadas a favor del sistema en el S. O. E. de libre elección de médico por el enfermo y pago por acto médico podrían englobarse en la razón, que ya nos hemos encontrado en otra pregunta y que nuevamente veremos aparecer en otras: «La Medicina es una profesión liberal».

En efecto, ya carguen el acento en el polo «enfermo», ya lo carguen en el polo «médico» de la relación médico-enfermo, lo que subyace en todas las razones alegadas es toda una mentalidad. Una concepción determinada de la Medicina, que implica una configuración específica de los roles (de los «papeles» sociales) del médico y del enfermo y de sus relaciones mutuas. Configuración que arrastra y condiciona todo un complejo de reglas, normas de comportamiento, jerarquizaciones, etc. La expresión «expectación social» es empleada por los sociólogos para designar un fenómeno social clave.

Cuando el individuo sale del útero materno ingresa en la sociedad, que le recibe en el «útero social», que completará la labor de configurarlo como miembro de esa sociedad. El «útero social» realiza la integración del individuo en una sociedad que se rige por un juego de normas vigentes. Los canales de integración normativa (familia, escuela, etc.) «socializan» al individuo (en el sentido sociológico de integrarlo en la sociedad), enseñándole lo que tiene derecho a esperar que los demás hagan o no hagan y lo que los demás tienen derecho a esperar que él haga o que no haga (expectación social).

La «agoría» (en el sentido clásico de la palabra) del médico actual, el drama actual del médico, estriba en que vive en una sociedad en «crisis cultural» (en el sentido sociológico de la expresión). En una sociedad en la que los canales de integración normativa no consiguen unánimizar frente a los juegos de valores. Y donde los canales de integración normativa específicos de los médicos (sus facultades, sus maestros, sus colegios) les «convencen» de que tienen derecho a esperar de «los demás» (los que no son médicos) que respecto del médico hagan o dejen de hacer cosas que son diferentes de lo que «los demás» aprenden (por sus propios canales de integración normativa) que tienen derecho a hacer o no hacer a los médicos.

La expresión «la Medicina es una profesión liberal» es la forma abreviada de referirse a ese conjunto específico de normas, jerarquizaciones de valores, actitudes y esquemas de comportamiento que constituyen la concepción que de la Medicina tienen la mayoría de los médicos españoles y que notan progresivamente distanciada de la concepción de la Medicina que se va extendiendo en la sociedad. Ahí está, a nuestro entender, la razón profunda de la oposición genérica de los médicos al S. O. E., en cuanto que tienen la impresión de que éste ha venido a atentar contra el propio sistema de valores del grupo profesional médico. Y ello está latiendo en todas las razones alegadas por los médicos para justificar su elección de la alternativa «pago por acto médico y libre elección de médico por el enfermo en el S. O. E.»

● Los médicos metropolitanos son los que en mayor proporción citan la razón «facilita una mejor relación médico-enfermo», los médicos urbanos la de «supone más estímulo para el médico» y los rurales la de «la Medicina es una profesión liberal».

De los cuadros 19 y 20 extraemos las siguientes clasificaciones, cuya lectura es expresiva por sí misma:

● Razón alegada: «Facilita una mejor relación médico-enfermo». Porcentaje del total de médicos que la citan: 20 por 100.

Clasificación por estratos	Porcentaje de médicos de cada estrato que la citan
1.° Metropolitano	24
2.° Urbano	20
3.° Rural	20

Clasificación por grupos de edad	Porcentaje de médicos de cada grupo de edad que la citan
1.° 65 años y más	27
2.° De 25 a 34 años	25
3.° De 35 a 44 años	24
4.° De menos de 25 años	23
5.° De 44 a 54 años	18
6.° De 55 a 64 años	13

Razón alegada: «Supone más estímulo para el médico». Porcentaje del total de médicos que la citan: 19 por 100.

Clasificación por estratos	Porcentaje de médicos de cada estrato que la citan
1.° Urbano	25
2.° Metropolitano	18
3.° Rural	17

Clasificación por grupos de edad	Porcentaje de médicos de cada grupo de edad que la citan
1.° De 25 a 34 años	23
2.° De 35 a 44 años	21
3.° De 44 a 54 años	21
4.° De 55 a 64 años	17
5.° De menos de 25 años	13
6.° 65 años y más	9

Razón alegada: «El enfermo tiene derecho a elegir». Porcentaje del total de médicos que la citan: 13 por 100.

Clasificación por estratos	Porcentaje de médicos de cada estrato que la citan
1.° Metropolitano	15
2.° Urbano	10
3.° Rural	10

Clasificación por grupos de edad	Porcentaje de médicos de cada grupo de edad que la citan
1.° De menos de 25 años	40
2.° 65 años y más	16
3.° De 25 a 34 años	14
4.° De 35 a 44 años	13
5.° De 44 a 54 años	10
6.° De 55 a 64 años	7

Razón alegada: «La Medicina es una profesión liberal». Porcentaje del total de médicos que la citan: 8 por 100.

Clasificación por grupos de edad	Porcentaje de médicos de cada grupo de edad que la citan
1.° De 25 a 34 años	12
2.° 65 años y más	10
3.° De 55 a 64 años	7
4.° De 35 a 44 años	7
5.° De menos de 25 años	7
6.° De 44 a 54 años	5

Clasificación por estratos	Porcentaje de médicos de cada estrato que la citan
1.° Rural	12
2.° Urbano	8
3.° Metropolitano	7

Razón alegada: «Sería mejor, económicamente, para el médico». Porcentaje del total de médicos que la citan: 7 por 100.

Clasificación por estratos	Porcentaje de médicos de cada estrato que la citan
1.° Metropolitano	8
2.° Urbano	7
3.° Rural	6

Clasificación por grupos de edad	Porcentaje de médicos de cada estrato que la citan
1.° De 44 a 54 años	11
2.° De 35 a 44 años	10
3.° De 55 a 64 años	8
4.° De menos de 25 años	7
5.° 65 años y más	6
6.° De 25 a 34 años	3

Razón alegada: «El enfermo estaría mejor atendido». Porcentaje del total de médicos que la citan: 5 por 100.

Clasificación por estratos	Porcentaje de médicos de cada estrato que la citan
1.° Rural	6
2.° Urbano	6
3.° Metropolitano	4

Clasificación por grupos de edad	Porcentaje de médicos de cada grupo de edad que la citan
1.° De 25 a 34 años	6
2.° 65 años y más	6
3.° De 44 a 54 años	5
4.° De 35 a 44 años	4
5.° De 55 a 64 años	2
6.° De menos de 25 años	0

● Las razones a favor del sistema de cantidad por cartilla y número determinado de cartillas.

Los médicos se manifiestan a favor del sistema de «número de cartillas y cantidad por cartilla» y justifican su toma de posición:

— Por la dificultad de la organización del sistema de pago por acto médico.

— Porque el sistema de pago por acto médico facilita los abusos.

— Por un conjunto muy disperso de razones.

Notes que las razones más alegadas por los partidarios del sistema «número fijo de cartillas» nos indican que ESTOS MEDICOS TAMBIEN ESTAN A FAVOR DEL SISTEMA DE LIBRE ELECCION. Lo que sucede es que dudan de que pueda implantarse sin inconvenientes. No hay ningún grupo apreciable que defienda el sistema de número fijo de cartillas por sí mismo. Los que lo prefieren lo hacen porque desconfían de que el sistema de libre elección pueda implantarse eficazmente en el S. O. E.

Un 3 por 100 de los médicos desconfía del «montaje». Es decir, del procedimiento administrativo y burocrático. En la base de esa desconfianza, y aparte de la «tradicional» repugnancia del médico ante la burocracia, está, sin duda, el temor de que el sistema de pago por acto médico pueda organizarse de tal modo que disminuya aún más la autoridad.

Otro grupo de médicos (el 2 por 100) ha subrayado que el sistema de libre elección facilitará los abusos por parte de los asegurados por falta de preparación cultural.

Los médicos urbanos (vide cuadro 19) son los que más desconfían, por ambas razones (5 por 100 y 3 por 100). Los médicos de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años (vide cuadro 20) destacan entre los demás grupos de edad. Un 16 por 100 de ellos prefieren el sistema de número fijo de cartillas y cantidad por cartilla, por esos dos motivos (el 8 por 100 cada uno).

CUADRO NUMERO 12

Serie «estratos». Pregunta número 15

En el S. O. E., actualmente, se cobra una cantidad fija por cartilla y se tiene asignado un número determinado de cartillas. ¿Cree usted preferible ese sistema o, por el contrario, cree que sería preferible el del pago de una cantidad por acto médico con la libre elección de médico por el enfermo?

ESTRATOS

	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas	13	21	16	15 (87)
Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo	81	75	76	79 (451)
No sabe o no contesta	6	4	8	6 (35)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

CUADRO NUMERO 13

Serie «sexo». Pregunta número 15

SEXO

	HOMBRES %	MUJERES %	TOTAL %
Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas	16		15 (87)
Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo	78	94	79 (451)
No sabe o no contesta	6	6	6 (35)
	100 (557)	100 (16)	100 (573)

CUADRO NUMERO 14

Serie «estado civil». Pregunta número 15

ESTADO CIVIL

	Soltero %	Casado %	Viuudo %	Total %
Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas	8	17	40	15 (87)
Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo	88	76	50	79 (451)
No sabe o no contesta	4	7	10	6 (35)
	100 (139)	100 (424)	100 (10)	100 (573)

CUADRO NUMERO 15

Serie «ejercicio». Pregunta número 15

EJERCICIO

	En ejercicio, con plena dedicación %	En ejercicio, sin dedicación primordial %	No ejercen, pero ejercieron %	Ni ejercen ni han ejercido %	TOTAL %
Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas	15	27	19		15 (87)
Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo	78	73	81	100	79 (451)
No sabe o no contesta	7				6 (35)
	100 (535)	100 (11)	100 (21)	100 (6)	100 (573)

CUADRO NUMERO 16

FORMA DE EJERCER LA MEDICINA QUE PREFERE

Sistema que prefiere en el Seguro Obligatorio de Enfermedad	Ejercicio liberal %	Ejercicio con ingresos mensuales seguros %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas	9	30	15	15 (87)
Cantidad por acto médico y número determinado de cartillas	87	61	70	79 (451)
No sabe o no contesta	4	9	14	6 (35)
	100 (366)	100 (163)	100 (77)	100 (573)

CUADRO NUMERO 17

Pregunta número 15

TENENCIA DE HIJO MEDICO O ESTUDIANDO MEDICINA

Sistema que prefieren en el S. O. E.	Solteros y casados sin hijos %	Tienen hijo médico %	Tienen hijo estudiando Medicina %	Tienen hijo que estudiaba Medicina y lo dejó %	No tienen hijo médico ni estudian Medicina %	No contesta %	TOTAL %
Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas	12	24	14		17	15	15 (87)
Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo	83	72	72	100	77	78	79 (451)
No sabe o no contesta	5	4	14		6	7	6 (35)
	100 (192)	100 (47)	100 (29)	100 (3)	100 (247)	100 (55)	100 (573)

¿ANIMARIA A SU HIJO A ESTUDIAR MEDICINA?

SISTEMA QUE PREFIERE EN EL S. O. E.	Soltero y casado sin %	Si le animaría %	No le animaría %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Cantidad fija por cartilla y número de determinado de cartillas ...	12	14	21	12	15 (87)
Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo ...	83	80	70	86	78 (451)
No sabe o no contesta ...	5	6	9	2	6 (35)
	100 (192)	100 (182)	100 (149)	100 (59)	100 (573)

¿Por qué razón cree usted preferible en el S. O. E., en su caso, el sistema de pago de una cantidad fija por cartilla o el pago de una cantidad por acto médico y libre elección por el enfermo de médico?

Dan razones a favor del sistema «cantidad por acto médico».	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
El enfermo tiene derecho a elegir ...	15	10	10	13 (73)
Supone más estímulos para el médico ...	18	25	17	19 (111)
Facilita una mejor relación médico-enfermo ...	24	20	20	22 (127)
Sería mejor económicamente para el médico ...	8	7	6	7 (42)
La Medicina es una profesión liberal ...	7	8	12	8 (47)
El enfermo estará mejor atendido ...	4	6	6	5 (26)
Dan razones a favor del sistema «cantidad por cartilla».				
El otro sistema facilita los abusos. Falta de preparación cultural en los enfermos ...	2	3	2	2 (14)
Es difícil organizar bien el sistema de pago por acto médico ...	3	5	1	3 (17)
Varios ...	3	4	3	4 (20)
No sabe o no contesta ...	16	12	22	17 (96)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

E D A D

Dan razones a favor del sistema «cantidad por acto médico».	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	65 y más %	TOTAL %
El enfermo tiene derecho a elegir ...	40	14	10	13	7	16	13 (73)
Supone más estímulo para el médico ...	13	23	21	21	17	9	19 (111)
Facilita una mejor relación médico-enfermo ...	33	25	24	18	13	27	22 (127)
Sería mejor económicamente para el médico ...	7	3	10	11	8	6	7 (42)
La Medicina es una profesión liberal ...	7	12	7	5	7	10	8 (47)
El enfermo estará mejor atendido ...		6	4	5	2	6	5 (26)
Dan razones a favor del sistema «cantidad por cartilla».							
El otro sistema facilita los abusos. Falta de preparación cultural en los enfermos ...		1	2	2	8	1	2 (14)
Es difícil organizar bien el sistema de pago por acto médico ...		1	1	3	8	3	3 (17)
Varios ...		3	2	3	5	6	4 (20)
No sabe o no contesta ...		12	18	19	25	16	17 (96)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

EJERCICIO

Dan razones a favor del sistema «Cantidad por acto médico»:	En ejercicio con plena dedicación %	En ejercicio sin dedicación primordial %	No ejercen, pero ejercieron %	Ni ejercen ni han ejercido %	TOTAL %
El enfermo tiene derecho a elegir ...	12	28	14	50	13 (73)
Supone más estímulo para el médico ...	20		14	33	19 (111)
Facilita una mejor relación médico-enfermo ...	22	18	43	17	22 (127)
Sería mejor económicamente para el médico ...	7	9	5		7 (42)
La medicina es una profesión liberal ...	8	0	9		8 (47)
El enfermo estará mejor atendido ...	5				5 (26)
Dan razones a favor del sistema «cantidad por cartilla»:					
El otro sistema facilita los abusos. Falta de preparación cultural por el enfermo ...	3				2 (14)
Es difícil organizar bien el sistema de pago por acto médico ...	3				3 (17)
Varios ...	3	18	5		4 (20)
No sabe o no contesta ...	17	18	10		17 (99)
	100 (535)	100 (11)	100 (21)	100 (6)	100 (573)

LA SINEPTINA en bronquitis



- La SINEPTINA (kitasamicina) reúne estas propiedades:
- a) Fácil y cómoda administración
 - b) Adquiere una concentración útil en el tejido pulmonar
 - c) Activo frente a los gérmenes presentes en el árbol respiratorio
 - d) Carece de efectos secundarios, pudiéndose administrar durante tiempo prolongado
 - e) Es compatible con otros tratamientos sintomáticos de la bronquitis

LOS MEDICOS ESPAÑOLES LA CREACION DEL MINISTERIO DE

EN España es evidente para el mero observador el fenómeno de la dispersión de la competencia y de la jurisdicción sobre diversos aspectos de la problemática sanitaria del país. Entre las múltiples consecuencias de todo orden que tal fenómeno lleva aparejadas nos interesa ahora subrayar la de la existencia de una fortísima corriente de opinión en la clase médica que aboga por la necesaria creación del Ministerio de Sanidad.

Ha sido nuestra creencia en la existencia de esta corriente de opinión (que tantas veces ha aflorado a la vida pública de maneras multiformes, pero significativas) la que nos ha movido a intentar cuantificarla a través de nuestra encuesta.

En definitiva, ¿existe esa corriente? ¿Sus manifestaciones externas son esporádicas e individuales fuegos de artificio de algunos médicos o, por el contrario, como en un «iceberg», lo que se advierte en la superficie no es sino una mínima parte de la masa que se encuentra bajo ella? ¿Cuántos médicos quieren que se cree el Ministerio de Sanidad?

A la vista de los abrumadores resultados de nuestra encuesta puede afirmarse que **TODOS LOS MEDICOS DESEAN ESA CREACION**. Parece claro que cuando **NOVENTA Y SEIS DE CADA CIENTO INTERROGADOS** contestan afirmativamente a una pregunta crudamente planteada es que la inmensa mayoría, la casi totalidad, se ha manifestado por esa creación del Ministerio de Sanidad.

Queremos indicar que el error máximo probable para estos porcentajes de 96 y 4 no será superior a más menos 1,7 por 100. Por lo que tenemos el 95,5 por 100 de seguridad de que el porcentaje de síes no será en ningún caso inferior al 94 por 100 ni superior a 98 por 100. Es decir, que tenemos el 95,5

por 100 de seguridad de que entre 41.242 y 42.997 médicos y estudiantes de último curso de Medicina de España desean que se establezca el Ministerio de Sanidad.

Los cuadros 22 a 26 muestran la contestación a esta pregun-

ta por estratos de residencia, edades, sexo, ejercicio y según la forma de ejercer la Medicina que prefieren. En todos los casos las mayorías a favor del establecimiento del Ministerio de Sanidad son abrumadoras y las diferencias de estrato a estrato, de edad a edad, mínimas.

Razones alegadas por los médicos como justificación de su deseo de que se establezca el Ministerio de Sanidad:

- ◆ El Ministerio de Sanidad unificaría muchos organismos hoy desconectados
- ◆ Se resolverían más fácilmente los problemas médicos
- ◆ Mejoraría la situación sanitaria del país y el prestigio de la clase médica

¿Por qué quieren los médicos españoles que se establezca el Ministerio de Sanidad?

En el pretest del cuestionario empleado en la encuesta se interrogó a los médicos acerca de sus razones para desear el establecimiento del Ministerio de Sanidad. La pregunta se formuló semiabierta, es decir, proponiendo tres razones para optar e indicando expresamente que podía darse cualquier otra. Las tres razones propuestas fueron:

- Prestigio de la clase médica.
- Se resolverían más fácilmente los problemas médicos.
- Mejoraría la situación sanitaria del país.

Los resultados del pretest aconsejaron completar el juego de las tres razones propuestas con una cuarta:

- Unificaría muchos organismos hoy desconectados entre sí.

Manteniendo, desde luego, la posibilidad de contestar

libremente cualquier otra razón o la de citar varias a la vez. Formulada de esa manera la pregunta en la encuesta, los resultados fueron los siguientes:

- Unificaría muchos organismos hoy desconectados entre sí: 35 %.
- Se resolverían más fácilmente los problemas médicos: 22 %.
- Mejoraría la situación sanitaria del país: 14 %.
- Prestigio de la clase médica: 7 %.
- Por las cuatro razones indicadas: 17 %.
- Por las tres primeras razones indicadas: menos del 1 %.
- No sabe, o no contesta, o no desea que se establezca el Ministerio de Sanidad: 5 %.

La razón más alegada es la de la unificación de organismos, hoy desconectados entre sí. Parece claro que, ante todo, los médicos confían en que la organización de un Ministerio de Sanidad, del que dependieran todos los organismos que actúan en el campo de la Sanidad, sea la solución de una situación de dispersión de ju-

risdicciones, a veces de yuxtaposición de las mismas, que provocan actuaciones inconexas cuando no contradictorias. La misma convicción late en los que citan como razón que se resolverían más fácilmente los problemas médicos. El 22 por 100 de los médicos aduce esta razón en favor del establecimiento de un Ministerio de Sanidad. Si no de forma tan explícita como en la razón anterior, es claro que los que han escogido esta fórmula confían también en que la coordinación, la jerarquización, la unidad de dirección y las mayores posibilidades de acción que supone la creación de un departamento ministerial especializado en un sector acelerarían y facilitarían la solución de la compleja problemática médica del presente. Un 14 por 100 de los médicos encuentra que la motivación para crear un Ministerio de Sanidad consiste en que con él mejoraría la situación sanitaria del país. Es un argumento más funcional, más optimista si se quiere en cuanto que marca

CUADRO NUMERO 22
Serie «estratos». Pregunta número 17

¿Desea usted que se establezca el Ministerio de Sanidad?

	ESTRATOS			
	Metro-politano	Urbano	Rural	Total
Sí... ..	96	93	98	96
No... ..	3	5	1	3
No sabe o no contesta... ..	1	2	1	1
	100	100	100	100
	(319)	(106)	(148)	(573)

Las cifras entre paréntesis indican el número de entrevistados, en base a las cuales se han calculado los porcentajes de la columna respectiva. En la columna de «Total», dichas cifras entre paréntesis indican el número de respuestas favorables a cada una de las alternativas de la pregunta de que se trata. Lo mismo, naturalmente, en todos los cuadros que se publican.

CUADRO NUMERO 23
Serie «edad». Pregunta número 17

	EDAD						
	TOTAL	65 y más años	De 55 a 64 años	De 45 a 54 años	De 35 a 44 años	De 25 a 34 años	Menos de 25 años
Sí... ..	93	97	97	95	93	99	96
No... ..	7	2	2	3	7	1	3
No sabe o no contesta... ..		1	1	2			1
	100	100	100	100	100	100	100
	(15)	(146)	(145)	(113)	(85)	(69)	(573)

CUADRO NUMERO 24
Serie «sexo». Pregunta número 17

	SEXO		
	Hombres	Mujeres	Total
Sí... ..	96	94	96
No... ..	3	6	3
No sabe o no contesta... ..	1		1
	100	100	100
	(557)	(16)	(573)

DESEAN SANIDAD

ENCUESTA

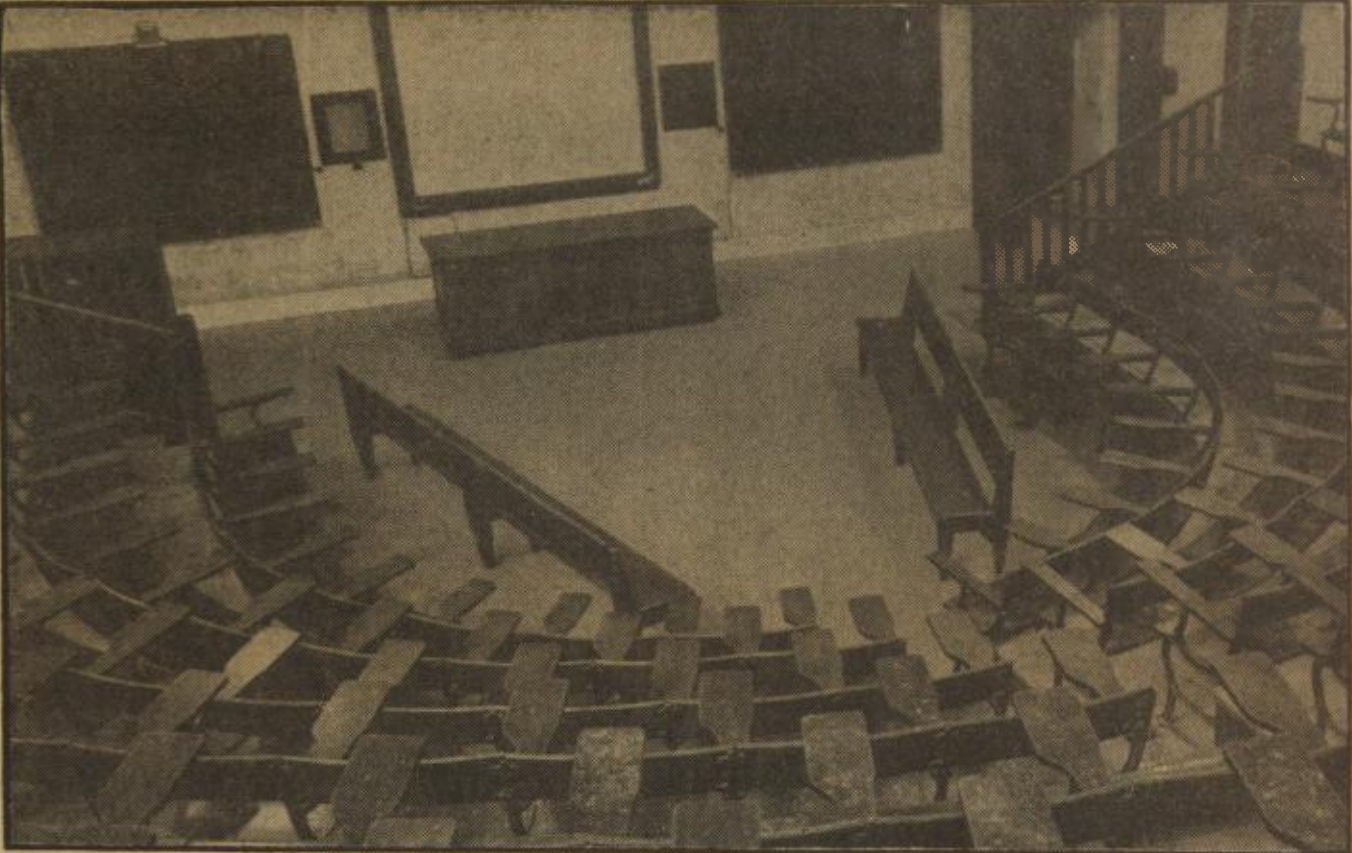
¿Desea Vd. que se establezca el Ministerio de Sanidad? ¿Sí o no?

CONTESTARON «SÍ» 550 ENTREVISTADOS (EL 96 %)

CONTESTARON «NO» 17 ENTREVISTADOS (EL 3 %)

NO CONTESTARON 6 ENTREVISTADOS (EL 1 %)

Señalemos tan sólo que los estratos se ordenan así: rural (98 por 100), metropolitano (96 por 100), urbano (93 por 100) y los grupos de edades: 65 y más, 25 a 44, 45 a 54, 55 a 64 y menos de 25 años.



Aula de la antigua Facultad de Medicina de San Carlos, templo clásico de muchas generaciones de médicos españoles.

DATO FINAL

Nos parece conveniente resaltar que las actitudes descritas de los médicos españoles parecen coincidir con el espíritu de los principios proclamados por la XVII Asamblea Médica Mundial (octubre 1963). Reproducimos el texto de los principios V y X.

V. La profesión debe estar debidamente representada en todos los organismos oficiales ocupados en los problemas concernientes a la salud o a la enfermedad.

X. El control de las cuestiones médicas debe ser ejercido únicamente por médicos.

más el acento en el progreso (mejoría...) que en la problemática. Más comunitaria quizá también por cuanto que en ella se da más importancia a lo general (... sanitaria del país) que a lo particular (... problemas médicos).

Un 7 por 100 cita el prestigio de la clase médica. No es un porcentaje elevado. La motivación del prestigio de clase profesional, que llevaría a querer para los médicos su ministerio «como los abogados tienen Justicia, los ingenieros de Caminos Obras Públicas, los militares los suyos, etc., esa idea cuasi patrimonial de los organismos de la Administración que está relativamente extendida en las clases profesionales españolas, no tiene demasiada fuerza en los médicos. Parece claro que los médicos quieren un Ministerio de Sanidad para unificar organismos ante todo, para resolver los problemas médicos después, para mejorar la situación sanitaria del país en tercer lugar. Después, pero mucho después, por el prestigio de la clase médica.

Las variaciones introducidas por la edad y por el tamaño del municipio de residencia

El cuadro 27 refleja las variaciones que el estrato de residencia introduce en la alegación de razones a favor del establecimiento del Ministerio de Sanidad. Resaltamos algunas diferencias interesantes:

Mientras el 18 por 100 de los médicos metropolitanos citan como razón «mejoría la situación sanitaria del país», entre los médicos rurales es sólo el 9 por 100 el que alega esa razón.

Por otro lado, en el estrato urbano el porcentaje de los que aducen la razón «unificación de organismos hoy desconectados» sube al 41 por 100, siendo el 35 por 100 en el estrato rural y el 33 por 100 en el metropolitano.

Con la única excepción del grupo de sesenta y cinco años y más, a medida que aumenta la edad disminuye el porcentaje de los médicos que creen que los problemas médicos se resolverían más

fácilmente con la creación de un Ministerio de Sanidad (véase cuadro 28).

La razón «unificación de organismos desconectados» ve crecer el porcentaje de los que la alegan a medida que va aumentando la edad hasta el grupo de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años, donde alcanza su máximo tanto por ciento (41 por 100), para descender luego en los dos grupos siguientes.

El porcentaje de los que citan como razón «el prestigio de la clase médica» es igual a la media general (7

por 100) en tres de los seis grupos de edad, para ser ligeramente superior (8 por 100 y 9 por 100) en los de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años y cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años. Y representan únicamente el 3 por 100 de los médicos jóvenes, de veinticinco a treinta y cuatro años.

La motivación de la mejoría de la situación sanitaria del país no presenta una relación clara con la edad. Véase la clasificación de los grupos de edad ordenados de mayor a menor porcentaje a favor de esta razón.

GRUPOS DE EDAD

1.º De 25 a 34 años	21
2.º De 65 años y más	19
3.º De 55 a 64 años	15
4.º Menos de 25 años	13
5.º De 35 a 44 años	12
6.º De 45 a 54 años	5

TOTAL DE LOS ENCUESTADOS. 14

Tanto por ciento que cita como razón «porque mejoraría la situación sanitaria del país»

CUADRO NUMERO 27

Serie «estratos». Pregunta número 18

¿Por qué desea usted que se establezca el Ministerio de Sanidad?

	ESTRATOS			
	Metropolitano	Urbano	Rural	Total
Prestigio de la clase médica	7	7	5	7 (38)
Se resolverían más fácilmente los problemas médicos	31	23	25	22 (128)
Porque mejoraría la situación sanitaria del país	18	12	9	14 (83)
Unificaría muchos organismos hoy desconectados	33	41	35	35 (200)
Por las razones indicadas, las cuatro	17	10	22	17 (96)
Por las tres últimas razones indicadas.			1	1 (2)
No sabe o no contesta o no desea que se establezca el Ministerio de Sanidad.	4	7	2	5 (26)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

CUADRO NUMERO 25

Serie «ejercicio». Pregunta número 17

EJERCICIO

	En ejercicio con plena dedicación	En ejercicio sin dedicación primordial	No ejercen pero ejercieron	NI ejercen ni han ejercido	TOTAL
SI	96	91	97	83	96 (550)
No	3	9	5	17	3 (17)
No sabe o no contesta	1				1 (6)
	100 (535)	100 (11)	100 (21)	100 (6)	100 (573)

CUADRO NUMERO 26

Pregunta número 17

FORMA DE EJERCER LA MEDICINA QUE PREFERE

	Ejercicio con ingresos mensuales seguros			No sabe o no contesta	Total
	Ejercicio liberal				
Si desea que se establezca el Ministerio de Sanidad	96	95	98	96	96 (550)
No desea que se establezca el Ministerio de Sanidad	3	3	2	3	3 (17)
No sabe o no contesta	1	2		1	1 (6)
	100 (366)	100 (163)	100 (44)	100 (573)	

CUADRO NUMERO 28

Serie «edad». Pregunta número 18

	EDAD						
	TOTAL	De 65 y más años	De 55 a 64 años	De 45 a 54 años	De 35 a 44 años	De 25 a 34 años	Menos de 25 años
Prestigio de la clase médica	7	3	8	9	7	7	7 (38)
Se resolverían más fácilmente los problemas médicos	33	26	24	18	17	23	22 (128)
Porque mejoraría la situación sanitaria del país	13	21	12	5	15	19	14 (83)
Unificaría muchos organismos hoy desconectados	13	30	39	41	35	31	35 (200)
Por las razones indicadas, las cuatro.	27	16	12	22	18	17	17 (96)
Por las tres razones indicadas últimamente			1			2	X (2)
No sabe o no contesta o no desea que se establezca el Ministerio de Sanidad	7	4	4	5	8	1	5 (26)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

LOS MEDICOS ESPAÑOLES QUIEREN QUE EL MINISTRO DE SANIDAD SEA MEDICO

Y sabemos que los médicos españoles, en su inmensa mayoría (96 por 100), desean que se establezca el Ministerio de Sanidad. Pero ¿cómo conciben ellos la figura del ministro? ¿Quién y cómo creen que debería ser? Les formulamos la pregunta en los siguientes términos:

En el supuesto de que se creara un Ministerio de Sanidad, ¿cree usted que el ministro debería ser...?

Y les hicimos la pregunta semiabierta, es decir, les apuntamos varias respuestas, indicándoles que podían contestar o bien cualquiera de ellas o bien cualquier otra que quisieran. Las respuestas apuntadas fueron:

- Un médico que esté en ejercicio.
- Un médico simplemente.
- Un médico que haya ejercido si no lo hace en el momento de nombrarle.
- Un experto en problemas de Sanidad, aunque no sea médico.
- Un buen organizador, aunque no sea médico ni especialmente experto en problemas de Sanidad.

A esas respuestas, propuestas por nosotros, los entrevistados añadieron:

- Un médico experto en organización.
- Un médico experto en problemas de Sanidad.
- Un médico experto en organización y Sanidad.
- Un buen organizador que sea experto en problemas de Sanidad.

LA OPCION MINISTRO DE SANIDAD MEDICO O NO MEDICO

Antes de entrar en el análisis de las respuestas una a una, nos interesa hacer un recuento que las acumule en dos grupos:

- a) Los que, con distintos matices, quieren que el ministro de Sanidad sea MEDICO.
 b) Los que también con distintos matices, no les importa que el ministro de Sanidad no sea MEDICO, sino que sea experto en organización o en Sanidad.

Los resultados son los siguientes. (Véase cuadro número 29.)

Primer grupo	61 %
Segundo grupo	36 %
No sabe o no contesta	3 %

Es decir, el 61 por 100 de los médicos españoles quieren que el ministro de Sanidad sea médico.

Y el 36 por 100, que sea experto en problemas de sanidad o un buen organizador, aunque no sea médico.

Ya sea por una visión «patrimonial» del Ministerio de Sanidad, ya sea por espíritu de clase profesional, ya sea porque se atribuye (consciente o inconscientemente) al Ministerio de Sanidad el papel de defensor de la figura del médico y se crea que sólo un médico puede «sentirlos» bien, ya sea porque se considera que sólo un médico puede tener el conocimiento profundo de los problemas de Sanidad que es necesario, el hecho es que la mayoría de los médicos españoles desean que el ministro de Sanidad sea un médico.

Francisco ANDRES ORIZO, al tratar de las razones de la oposición de los médicos al Seguro Obligatorio de Enfermedad (1), ha apuntado agudamente que quizá «las razones más hondas de esa oposición radiquen en que la institución haya atentado contra el propio sistema de valores del grupo profesional médico, contra su sistema de selección y promoción, contra las normas y procedimientos de control establecidos, contra la misma esencia del mercado de servicios». En esta observación tal vez esté una de las claves profundas del deseo de que sea médico el ministro de Sanidad. Recordemos que la razón más alegada para justificar la necesidad de la creación del Ministerio de Sanidad era la de que unificaría muchos organismos hoy desconectados entre sí. No cuesta entonces esfuerzo imaginar que los médicos confían en la creación del Ministerio de Sanidad por lo que tiene de aparición de una autoridad, de una jerarquía que englobe bajo su jurisdicción todos los organismos que tratan aspectos sanitarios, aspectos que afectan al grupo profesional médico y que, por último y sobre todo, desean que esa autoridad sea ejercida por un médico, por un miembro del grupo profesional. «Uno de nosotros», «uno de los nuestros» que vea los problemas como un médico. Nótese que, aun cuando podían haberlo hecho, ni un solo médico ha dicho que el ministro de Sanidad debería ser un farmacéutico o un veterinario o, simplemente, «un profesional sanitario».

Resaltamos, por otro lado, que un porcentaje muy apreciable de médicos (el 36 por 100) ha hecho un planteamiento menos particularista y ha puesto la exigencia de la competencia en problemas de Sanidad o la exigencia de dotes de organización por delante de la condición de médico.

Ahora bien, esa división de las opiniones en dos grupos (61 por 100 y 36 por 100) que hemos hecho más arriba varía mucho según el estrato de residencia y según otras características. Creemos muy reveladoras esas variaciones y vamos a detenernos en su análisis

Tres de cada cuatro médicos rurales desean que el ministro de Sanidad sea un médico.

En el cuadro 29 podemos comprobar que los estratos se ordenan de la siguiente forma, según el porcentaje de médicos que creen que el ministro de Sanidad debería ser un médico:

ESTRATOS	Porcentaje de los que creen que el ministro de Sanidad debería ser un médico
1.º Rural	74
2.º Urbano	64
3.º Metropolitano	54

Congruentemente, el orden es inverso si atendemos a los porcentajes de los que creen que el ministro de Sanidad debería ser un buen organizador o un experto en problemas de sanidad, aunque no sea médico:

ESTRATOS	
1.º Metropolitano	44 %
2.º Urbano	32 %
3.º Rural	22 %

Es decir, que tres de cada cuatro médicos rurales creen que el ministro de Sanidad debe ser un médico. Y creen lo mismo dos de cada tres urbanos y sólo once de cada veinte metropolitanos.

Por el contrario, nueve de cada veinte metropolitanos, seis de cada veinte urbanos y cuatro de cada veinte rurales creen que el ministro de Sanidad debe ser un buen organizador o un experto en problemas de sanidad, aunque no sea médico.

La exigencia por los médicos de la condición de médico para el ministro de Sanidad aumenta a medida que disminuye el volumen de la población en que reside el médico.

Ello parece lógico en la medida en que la residencia en las grandes ciudades hace apreciar más los valores de un buen organizador o de un experto. La mayor complejidad de la vida metropolitana o urbana hace más patente para el que se halla inmerso en ella (que la «sufre») la necesidad del experto o del organizador.

Los médicos de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años son los más partidarios de un buen organizador o un experto en problemas de sanidad, aunque no sea médico, para ministro de Sanidad.

En el cuadro 30 puede apreciarse que los grupos de edad se ordenan de la siguiente forma, según el porcentaje que en cada uno representan los médicos que creen que el ministro de Sanidad debería ser un buen organizador o un experto en problemas de sanidad, aunque no sea médico:

GRUPOS DE EDAD	Porcentaje de los médicos que creen que el ministro de Sanidad debería ser un buen organizador o un experto en problemas de Sanidad, aunque no sea médico
1.º De 35 a 44 años	42
2.º De 45 a 54 años	39
3.º De 25 a 34 años	36
4.º Menos de 25 años	34
5.º De 65 y más años	33
6.º De 55 a 64 años	25

La clasificación por el porcentaje de los que creen que el ministro de Sanidad debería ser un médico es la siguiente:

1.º De 55 a 64 años	71 %
2.º De menos de 25 años	66 %
3.º De 65 y más años	64 %
4.º De 25 a 34 años	63 %
5.º De 45 a 54 años	57 %
6.º De 35 a 44 años	55 %

Como vemos, el grupo de 35 a 44 años es el más sensible a la importancia de las dotes de organización y del conocimiento de los problemas de Sanidad (aunque no sea médico), al pensar en las condiciones a requerir a un ministro de Sanidad.

Los estudiantes de Medicina (que ni ejercen ni han ejercido), las mujeres y los que no ejercen, pero ejercieron, son más partidarios de un médico para ministro de Sanidad que la generalidad de los entrevistados. Sus porcentajes son 83, 74 y 67 por 100, respectivamente. (Véase cuadros 31 y 32.)

Las condiciones que debe reunir el médico que sea ministro de Sanidad, según los que desean que sea médico.

Hemos visto ya que el 61 por 100 de los médicos desean que el ministro de Sanidad sea médico. Pero al formularles la pregunta, les propusimos diversas matizaciones a la figura del médico-ministro de Sanidad.

(1) «Origen y estructuras formales del Seguro de Enfermedad» en el «Estudio sociológico sobre el Seguro Obligatorio de Enfermedad».—Ministerio de Trabajo.—Secretaría General Técnica.—Madrid, 1964.

- Un médico que esté en ejercicio.
- Un médico que haya ejercido si no lo hace en el momento de nombrarla.
- Un médico, simplemente.

Los entrevistados añadieron otras fórmulas (la pregunta era semiabierta), sugeridas en su mayoría por las otras alternativas que les habíamos presentado. Las fórmulas añadidas fueron:

- Un médico experto en problemas de Sanidad.
- Un médico experto en problemas de Sanidad y organización.
- Un médico experto en organización.

El mayor porcentaje lo alcanzan (véase cuadro 29) los que desean que el ministro de Sanidad sea un médico en ejercicio. (Se entiende que esté en ejercicio en el momento de nombrarla.) El 23 por 100 de los médicos han dado esta respuesta. O sea, la tercera parte de los que han indicado que sea médico.

En segundo lugar figuran, con el 20 por 100 del total de los entrevistados, los que desean que sea un médico simplemente sin poner la condición del ejercicio.

Un 15 por 100 del total pide que haya ejercido, aunque no lo haga en el momento de nombrarla. Esto supone que si acumulamos a este grupo el de los que solicitan que esté en ejercicio obtenemos un 38 por 100 del total de los médicos que creen que el ministro de Sanidad debería ser un médico con la característica específica de que esté en ejercicio o haya ejercido.

Parece claro que un gran número de médicos consideran que el ejercicio de la profesión médica es una experiencia necesaria para poder realizar satisfactoriamente el papel de ministro de Sanidad. No parece arriesgado afirmar que estos médicos conciben al ministro de Sanidad como un defensor de la clase médica, y por ello creen vital que el que ocupe ese puesto «haya ejercido»; es decir, conozca prácticamente los problemas del médico por haberlos vivido personalmente.

Los que matizan la condición con la de que sea experto en problemas de Sanidad son el 2 por 100. Un 1 por 100 añade a esa condición la de que sea un buen organizador. Y no llegan al 1 por 100 (un solo caso) los que añaden a la condición «médico» la de experto en organización.

El cuadro 29 nos revela también que los médicos rurales son los más partidarios de exigir la condición del ejercicio (el 29 por 100), seguidos por los urbanos (23 por 100) y los metropolitanos (21 por 100). Si añadimos el porcentaje de los que indican que debe haber ejercido, aunque no lo haga en el momento de nombrarla, los dos estratos rural y urbano presentan un 41 por 100 por sólo un 37 por 100 en el metropolitano.

Los médicos rurales son el estrato que presenta el mayor porcentaje a favor de que el médico-ministro sea experto en problemas de Sanidad: 4 por 100, pero ello se explica porque el porcentaje de médicos rurales a favor de que el ministro de Sanidad sea un experto en problemas de Sanidad, aunque no sea médico es sólo el 14 por 100 frente a un 19 por 100 general.

Del cuadro 30 podemos extraer las siguientes clasificaciones de los grupos de edad ordenados de mayor a menor porcentaje a favor de cada una de las matizaciones:

GRUPOS DE EDAD	Porcentaje que creen que el ministro de Sanidad debería ser un médico que esté en ejercicio
1.º De 55 a 64 años	26
2.º De 35 a 44 años	24
3.º De 25 a 34 años	24
4.º De 65 y más años	23
5.º De 45 a 54 años	21
6.º Menos de 25 años	20

GRUPOS DE EDAD	Porcentaje que creen que el ministro de Sanidad debería ser un médico simplemente
1.º De 65 y más años	31
2.º De 55 a 64 años	27
3.º De 25 a 34 años	20
4.º De 45 a 54 años	19
5.º De 35 a 44 años	14
6.º De menos de 25 años	13

GRUPOS DE EDAD	Porcentaje que creen que el ministro de Sanidad debería ser un médico que haya ejercido si no lo hace
1.º Menos de 25 años	27
2.º De 55 a 64 años	22
3.º De 25 a 34 años	16
4.º De 45 a 54 años	14
5.º De 35 a 44 años	13
6.º De 65 y más años	10

Los médicos metropolitanos son los más inclinados a que el ministro de Sanidad sea un experto en sanidad o en organización.

Un 20 por 100 de los médicos metropolitano nos considera que el ministro de Sanidad debería ser un buen organizador, un 23 por 100 de los mismos creen que debería ser un experto en problemas de sanidad, aunque no sea médico. Recuérdese que los porcentajes generales respectivos son el 16 y 19 por 100. Los médicos rurales, por el contrario, presentan el 8 y el 14 por 100, respectivamente.

Los médicos menores de veinticinco años (27 por 100) y de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro (23 por 100) son los más favorables entre los distintos grupos de edad a la figura del organizador como ministro. Los grupos de edad más inclinados al experto en problemas de sanidad son los de veinticinco a treinta y cuatro años (25 por 100) y los de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años (23 por 100).

CUADRO NUMERO 29 Serie «sexo». Pregunta número 20 SEXO

En el supuesto de que se creara un Ministerio de Sanidad, ¿cree usted que el ministro debería ser...?

	Hombres %	Mujeres %	Total %
No sabe o no contesta	3		3 (16)
Un médico que esté en ejercicio	23	31	23 (134)
Un médico, simplemente	20	6	20 (112)
Un buen organizador, aunque no sea médico ni especialmente experto en problemas de Sanidad	16	13	16 (94)
Un médico que haya ejercido, sino lo hace en el momento de nombrarla.	15	31	15 (88)
Un experto en problemas de Sanidad, aunque no sea médico	19	13	19 (107)
Un buen organizador y experto en problemas de Sanidad	1		1 (4)
Un experto en problemas de Sanidad, pero médico	2		2 (10)
Un médico experto en organización	x		x (1)
Un médico experto en Sanidad y organización	1	6	1 (7)
	100 (557)	100 (16)	100 (573)

CUADRO NUMERO 30 Serie «edad». Pregunta número 20

	E D A D						Total %
	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	
No sabe o no contesta		1	2	4	4	3	3 (16)
Un médico que esté en ejercicio	20	24	24	21	20	23	23 (134)
Un médico, simplemente	13	20	14	19	21	21	20 (112)
Un buen organizador, aunque no sea médico ni especialmente experto en problemas de Sanidad	27	9	18	23	15	16	16 (94)
Un médico que haya ejercido si no lo hace en el momento de nombrarla	27	16	13	14	22	10	15 (88)
Un experto en problemas de Sanidad	7	26	23	15	10	17	19 (107)
Un buen organizador y experto en problemas de Sanidad		1	1	1			1 (4)
Un médico experto en problemas de Sanidad	6	3	1	1	1		3 (10)
Un médico experto en organización			1				1 (1)
Un médico experto en Sanidad y organización		1	2	2	1		1 (7)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

CUADRO NUMERO 31 Serie «estratos». Pregunta número 20 ESTRATOS

	Metropolit. %	Urbano %	Rural %	Total %
	No sabe o no contesta	2	4	4
Un médico que esté en ejercicio.	21	23	29	23 (134)
Un médico, simplemente	15	21	28	20 (112)
Un buen organizador, aunque no sea médico ni especialmente experto en problemas de Sanidad	20	18	8	16 (94)
Un médico que haya ejercido, si no lo hace en el momento de nombrarla	16	18	12	15 (88)
Un experto en problemas de Sanidad aunque no sea médico	23	12	14	19 (107)
Un buen organizador y experto en problemas de Sanidad	1	2		1 (4)
Un médico experto en problemas de Sanidad	1	1		3 (10)
Un médico experto en organización	x			x (1)
Un médico experto en Sanidad y en organización	1	1	1	1 (7)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

CUADRO NUMERO 32 Serie «ejercicio». Pregunta número 20 EJERCICIO

	En ejercicio con plena dedicación %	En ejercicio sin dedicación primordial %	No ejercen pero ejercieron %	Ni ejercen ni han ejercido %	Total %
	No sabe o no contesta	3	9		
Un médico que esté en ejercicio	24	28	14	17	23 (134)
Un médico, simplemente	19	9	39	17	20 (112)
Un buen organizador, aunque no sea médico ni especialmente experto en problemas de Sanidad.	16	18	14	17	16 (94)
Un médico que haya ejercido, si no lo hace en el momento de nombrarla	15	18	14		15 (88)
Un experto en problemas de Sanidad, aunque no sea médico	19	18	19		19 (107)
Un buen organizador y experto en problemas de Sanidad	1				1 (4)
Un médico experto en problemas de Sanidad	2			16	2 (10)
Un médico experto en organización	x				x (1)
Un médico experto en Sanidad y organización	1				1 (7)
	100 (535)	100 (11)	100 (21)	100 (6)	100 (573)

Es obligación del que publica los resultados de una investigación explicar la metodología seguida. Una explicación metodológica detallada tiene comúnmente su lugar en las publicaciones especializadas.

Sin embargo, TRIBUNA MEDICA y los autores de este trabajo tienen especial interés en exponer con detalle, públicamente, los pasos metódicos que han seguido, descendiendo inclusive a explicaciones que quizá sean ociosas, con la finalidad de mostrar a los lectores el rigor científico, la honradez profesional y la escrupulosidad técnica con los que se ha actuado, que, en último término, son la garantía de la validez de los resultados que exponemos.

ELABORACION DE LAS HIPOTESIS DE TRABAJO

Una serie de reuniones de trabajo entre directivos de TRIBUNA MEDICA y de TERPA, S. A., permitieron fijar los objetivos que TRIBUNA MEDICA pretendía alcanzar mediante la «Encuesta de actitudes de los médicos españoles». Se elaboraron así las hipótesis de trabajo que guiaron la redacción del cuestionario y la previsión de la explotación estadística de los resultados.

REDACCION DEL CUESTIONARIO

Un comité formado por el director de TRIBUNA MEDICA (don Enrique Costas), el director general de TERPA, S. A. (don Justo de la Cueva), y el director adjunto de la misma sociedad (don Joaquín Herrero), redactó, a través de una serie de sesiones de trabajo, sucesivas aproximaciones al cuestionario de la encuesta. Finalmente se perfiló el cuestionario que debería ser sometido a prueba.

LA ELECCION DEL METODO DE ENTREVISTA PERSONAL

El citado comité examinó las diversas posibles modalidades de aplicación del cuestionario. Entrevista personal, referéndum postal, sistema mixto principalmente. Un cúmulo de razones técnicas movió al comité a escoger la modalidad de entrevista personal. Resumimos aquí las principales:

EL CUESTIONARIO

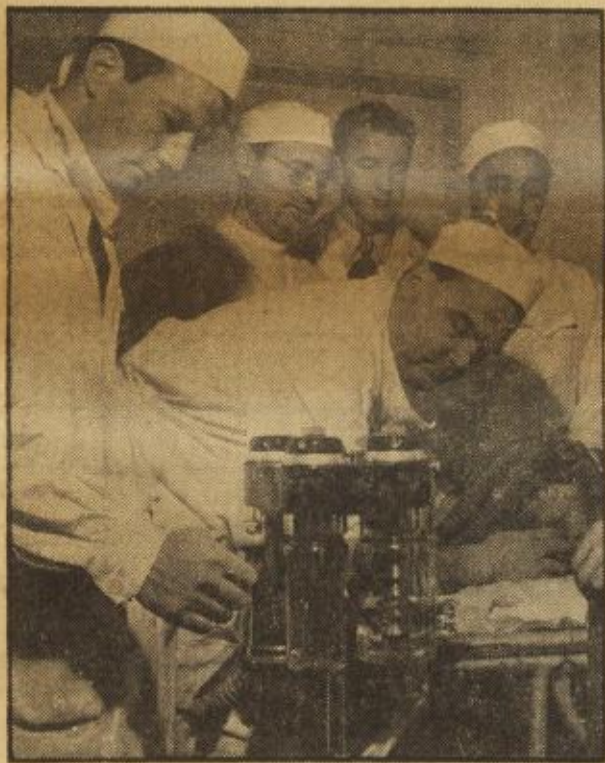
La encuesta se planteó con una gran ambición de objetivos. Como consecuencia, el cuestionario era relativamente largo y complejo. Ello hacía suponer, en base a muchas experiencias anteriores, que el número de médicos que responderían a él, si les era formulado por un entrevistador experimentado, sería comparativamente muy superior al del que contestaría las preguntas escritas y recibidas por correo.

Pero el referéndum postal tiene también muy graves inconvenientes

Las deficiencias del método del referéndum postal. El envío de los cuestionarios por correo posee, ciertamente, indudables ventajas: es mucho más barato (sustituye el coste del entrevistador y el de sus desplazamientos y dietas por el de un sobre y un sello o dos si se envía sobre para respuesta); hace más fácil llegar a cualquier lugar, no importa lo aislado y lo alejado que esté; el entrevistado puede cumplimentar el cuestionario cuando le resulte más cómodo, cuando tenga más tiempo (lo que es importante cuando se trata de una encuesta a profesionales tan cargados de trabajo como los médicos) etc.

a) Las respuestas recibidas representan generalmente un porcentaje muy reducido sobre el total de cuestionarios remitidos. Que no supera, por lo general, el 20 por 100.

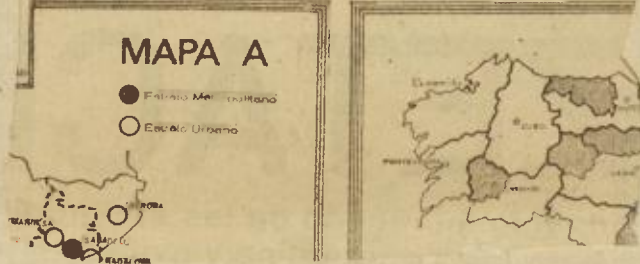
b) EL REFERENDUM POSTAL «DEFORMA» LA MUESTRA. Las personas que contestan no son una parte del todo que reproduce fielmente las características del todo, que lo representan. Es ésta, como veremos después, una condición básica para poder válidamente atribuir al todo las actitudes que hemos hallado en la muestra.



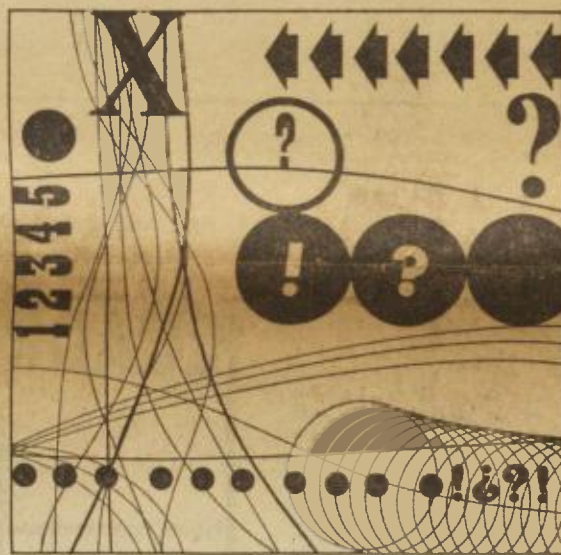
Estrato rural

No se indican exactamente los puntos de muestreo con el fin de respetar el anonimato garantizado a los encuestados, anonimato que se rompería citando el nombre de los pueblos donde no existe más de un médico.

- Albacete, 3; Alicante, 6; Almería, 5; Avila, 8; Badajoz, 2; Barcelona, 9; Cáceres, 5; Cadiz, 10; Castellón de la Plana, 5; Ciudad Real, 5; Huesca, 4; León, 6; Murcia, 15; Navarra, 2; Orense, 6; Oviedo, 13; Las Palmas de Gran Canaria, 1; Santa Cruz de Tenerife, 1; Sevilla, 14; Valladolid, 6; Vizcaya, 5; Zamora, 10; Zaragoza, 6. Total, 148.



PRE-TEST



A los efectos de probar el cuestionario de averiguar las dificultades posibles, de conocer las reacciones de los entrevistados, de contrastar la inteligibilidad de la redacción de las preguntas, de prever las anomalías, etc., se realizaron cincuenta entrevistas, a razón de diez en cada una de las siguientes provincias: Madrid, Barcelona, Sevilla, Murcia y La Coruña. Las entrevistas se llevaron a cabo en la capital respectiva y en núcleos rurales de los alrededores por los jefes regionales de los equipos de TERPA, S. A., quienes emitieron los correspondientes informes adjuntos a los cuestionarios cumplimentados.

Redacción definitiva del cuestionario y de las instrucciones para los encuestadores

Incorporando las enseñanzas conseguidas a través del pre-test se procedió a la redacción definitiva del cuestionario y a la de las instrucciones específicas para los entrevistadores. A título de ejemplo (y pese a que TERPA, S. A., ha contrastado suficientemente a sus entrevistadores en trabajos anteriores) se les indicó que, con independencia del control de TERPA, S. A., el cliente controlaría la efectiva realización de todas y cada una de las entrevistas.

La propia índole de las cuestiones planteadas exigió un atento cuidado al orden en que las preguntas habían de ser formuladas. De hecho, la validez de las contestaciones a algunas preguntas estaba condicionada a que fueran formuladas precisamente en el orden escogido y desconociendo el entrevistado que «luego» se le pedirían otras adopciones de postura que contrastarían la validez de las respuestas previas. Ello es sólo evidentemente posible cuando las preguntas son formuladas por un entrevistador, pero de ningún modo si se envía el cuestionario por correo (no hay forma válida de saber quién ha leído todo el cuestionario antes de contestar, condicionando así determinadas respuestas).

BRISTACICLINA -16

AHORA EN ENVASES DE 16 GRAGEAS DE 250 mgs.

Más del 80% de las infecciones bacterianas que se dan en la práctica médico-quirúrgica son sensibles a la BRISTACICLINA

MAS DIAS DE TRATAMIENTO POR ENVASE



**LOS MEDICOS
ESPAÑOLES
CONSIDERAN QUE
SE DEBE CONCEDER**

INGRESO EN LAS FACULTADES A TODOS LOS ESTUDIANTES QUE POSEAN UNA PREPARACION SUFICIENTE

Sesenta y dos de cada cien médicos españoles opinan que en las Facultades de Medicina deben ingresar todos los estudiantes que lo deseen y tengan una preparación inicial suficiente, sin que deba limitarse el número de estudiantes en función de la capacidad misma de la Facultad para prestar su función docente o a la mayor o menor necesidad de médicos.

Este elevado porcentaje que se manifiesta contrario al «*numerus clausus*» representa una tendencia clásica muy acorde con la consideración «liberal» que a la Medicina asignan la mayoría de los médicos españoles.

Sin embargo, los médicos que creen que se debe establecer el «*numerus clausus*» en las facultades, esto es, ingresando en ellas un número de alumnos previamente determinado en función de las necesidades de médicos del país y las capacidades de las mismas facultades, constituyen un núcleo importante, ya que el 33 por 100 de los médicos, uno de cada tres, opinan en este sentido. La actitud ante este tema parece estar claramente decidida en los médicos españoles, ya que solamente un 5 por 100 de ellos no tomaron partido por alguna de las dos alternativas.

LOS MEDICOS METROPOLITANOS SON LOS MAS PARTIDARIOS DE QUE LAS FACULTADES DE MEDICINA ESTEN ABIERTAS A TODOS LOS ESTUDIANTES

El cuadro número 33 nos muestra que el 66 por 100 de los médicos que residen en núcleos metropolitanos de población, esto es, dos médicos de cada tres, son partidarios de este sistema de acceder a la enseñanza médica y congruentemente entre ellos se encuentra el porcentaje más bajo (28 por 100) de los partidarios de introducir el sistema de «*numerus clausus*».

Esta tendencia decrece a medida que el núcleo de población disminuye, y así, de los médicos que residen en el estrato urbano,

LA EDAD DEL MEDICO EN RELACION CON EL INGRESO EN LAS FACULTADES DE MEDICINA

El cuadro número 34 nos muestra que la preferencia por el sistema de ingreso libre en las Facultades de Medicina es mayoritaria en todos los grupos de edades. Sin embargo, resulta sintomático que en el grupo de menos de veinticinco años solamente un 6 por 100 separe a los partidarios del ingreso libre, frente a los partidarios del «*numerus clausus*» (53 a 47 por 100). En cambio, el grupo que le sigue inmediatamente, el de veinticinco a treinta y cuatro años, es, con el de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años, el que más

CUADRO NUMERO 33 Serie «*estratos*». Pregunta número 10

¿Con cuál de estas dos afirmaciones está usted de acuerdo?

ESTRATOS

	Metro- politano %	Urbano %	Rural %	Total %
Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso en ellas a todos los estudiantes que posean una preparación inicial suficiente	66	61	53	62 (353)
Las Facultades de Medicina deben establecer el « <i>numerus clausus</i> », es decir, no conceder el ingreso en ellas más que a un número previamente fijado	28	32	44	33 (189)
No se sabe o no contesta	6	7	3	5 (31)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

un 61 por 100, frente a un 32 por 100, son partidarios de la misma forma, mientras en el estrato rural las proporciones se hallan mucho más igualadas, 53 a 44 por 100.

De todas formas, pese a esta disminución de las opiniones a favor del ingreso libre a las facultades a medida que el núcleo de residencia de los médicos tiene menor número de habitantes, téngase en cuenta que incluso en el estrato rural los médicos partidarios del ingreso libre constituyen mayoría.

CUADRO NUMERO 34 Serie «*edad*». Pregunta número 10

EDAD

	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	TOTAL %
Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso en ellas a todos los estudiantes que posean preparación suficiente	53	65	51	61	66	57	62 (353)
Las Facultades de Medicina deben establecer el « <i>numerus clausus</i> », es decir, no conceder el ingreso a ellas más que a un número previamente fijado	47	29	35	34	28	39	33 (189)
No sabe o no contesta.		5	6	5	6	4	5 (31)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

partidarios del ingreso libre representa con el 65 y 66 por 100 frente a 29 y 28 por 100, respectivamente, a favor del ingreso libre y del «numerus clausus».

En los demás grupos de edades, las proporciones a favor del ingreso libre y del «numerus clausus» son de 59 y 35 por 100 por los médicos de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años, de 61 y 34 por 100 para los médicos de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años y de 57 y 39 por 100 para los de sesenta y cinco años y más.

LAS MUJERES SON MAS PARTIDARIAS DEL INGRESO LIBRE EN LAS FACULTADES DE MEDICINA QUE LOS HOMBRES

CUADRO NUMERO 35

Serie «sexo». Pregunta número 10

	SEXO			TOTAL
	Hombres %	Mujeres %	%	
Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso en ellas a todos los estudiantes que posean una preparación inicial suficiente	61	75	62	(353)
Las Facultades de Medicina deben establecer el «numerus clausus», es decir, no conceder el ingreso en ellas más que a un número previamente fijado	34	19	33	(189)
No sabe o no contesta	5	6	5	(31)
	100 (557)	100 (16)	100	(573)

Tres de cada cuatro entrevistadas (75 por 100) son partidarias del ingreso en las Facultades de Medicina de todos los estudiantes que lo deseen, mientras algo menos de una entre cada cinco mujeres médicos son partidarias del «numerus clausus». Frente a esta

LOS MEDICOS SOLTEROS SON MAS PARTIDARIOS DEL INGRESO LIBRE EN LAS FACULTADES DE MEDICINA QUE LOS CASADOS Y VIUDOS

CUADRO NUMERO 36

Serie «estado civil». Pregunta número 10

	ESTADO CIVIL				TOTAL
	Soltero %	Casado %	Viudo %	%	
Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso a ellas a todos los estudiantes que posean una preparación inicial suficiente	65	60	60	62	(353)
Las Facultades de Medicina deben establecer el «numerus clausus», es decir, no conceder el ingreso a ellas más que a un número previamente fijado	29	34	40	33	(189)
No sabe o no contesta	6	6	5	5	(31)
	100 (139)	100 (424)	100 (10)	100	(573)

El cuadro número 36 nos muestra que el grupo de médicos solteros es el que tiene más partidarios del ingreso libre en las Facultades de Medicina y consecuentemente menos en favor del «numerus clausus», 65 y 29 por 100, respectivamente.

Los grupos de casados y viudos, aun teniendo el mismo porcentaje a favor del ingreso libre (60 por 100), varían en lo que se refiere al «numerus clausus»: 34 por 100 de los

proporción de respuestas, en las de los hombres disminuyen de forma sensible (61 por 100), los que creen en la conveniencia de la libertad de ingreso, siendo el 34 por 100 partidarios del «numerus clausus» (cuadro 35).

seguidos de menos a más por los que no ejercen, pero ejercieron (67 por 100), por los que ejercen sin dedicación primordial (74 por 100) y por los que ni ejercen ni han ejercido (83 por 100). Por el contrario, entre los que ejercen con plena dedicación, un 34 por 100 son partidarios del «numerus clausus», seguidos de más a menos por los que no ejercen, pero ejercieron (con el 33 por 100), por los que ni ejercen ni han ejercido (17 por 100)

CUADRO NUMERO 37

Serie «ejercicio». Pregunta número 10

	EJERCICIO				TOTAL
	En ejercicio con plena dedicación %	En ejercicio sin dedicación primordial %	No ejercen, pero ejercieron %	Ni ejercen ni han ejercido %	
Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso en ellas a todos los estudiantes que posean una preparación inicial	61	73	67	83	62 (353)
Las Facultades de Medicina deben establecer el «numerus clausus», es decir, no conceder el ingreso en ellas más que a un número previamente fijado	34	9	33	17	33 (189)
No sabe o no contesta	5	18	5	5	5 (31)
	100 (535)	100 (11)	100 (21)	100 (6)	100 (573)

casados y un 40 por 100 de los viudos son partidarios de este sistema.

Téngase en cuenta que la mayoría del grupo de solteros está integrada por médicos menores de treinta y cinco años, que, como indicamos en el cuadro 34, constituyen uno de los grupos de edad más partidario del ingreso libre.

Los médicos en ejercicio con plena dedicación, partidarios del ingreso libre (véase cuadro 37), constituyen el 61 por 100 del total,

y, por último, por los que ejercen sin dedicación primordial, los más contrarios al sistema de «numerus clausus», con sólo un 9 por 100 de médicos a favor de este sistema.

Como vemos, los grupos de los médicos que ni ejercen ni han ejercido es abrumadoramente favorable al sistema de ingreso libre y, por el contrario, el grupo de los que ejercen sin dedicación primordial es el que tiene menos partidarios del «numerus clausus».

El cuadro de edades muestra, pues, como más significativo el hecho de que los médicos recién salidos de las Facultades de Medicina o los aún estudiantes de último curso son los que, quizá por tener más cerca los problemas vividos durante su carrera, alcanzan una mayor proporción de partidarios del «numerus clausus» y, por el contrario, en cuanto pasan de la edad de veinticinco años, experimentan un cambio y pasan a constituir uno de los grupos de edades más contrarios al sistema del «numerus clausus».



LOS MEDICOS QUE SI ANIMARIAN A SUS HIJOS A ESTUDIAR MEDICINA SON MAS PARTIDARIOS DEL INGRESO LIBRE EN LAS FACULTADES DE MEDICINA QUE LOS QUE NO LES ANIMARIAN

CUADRO NUMERO 38

Pregunta número 10, cruzada con pregunta número 81

¿Animaría usted a su hijo a estudiar Medicina?

	Solteros o casados sin hijos %	Sí animaría %	No animaría %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
	Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso en ellas a todos los estudiantes que posean una preparación inicial suficiente	64	63	58	60
Las Facultades de Medicina deben establecer el «numerus clausus», es decir, no conceder el ingreso en ellas más que a un número determinado previamente fijado	31	32	36	34	33 (189)
No sabe o no contesta	5	5	6	6	5 (31)
	100 (192)	100 (182)	100 (149)	100 (50)	100 (573)

El cuadro número 38 nos demuestra que, de cien médicos que animarían a sus hijos a estudiar medicina, 63 son partidarios del ingreso libre en las Facultades de Medicina, mientras que de cien médicos que no animarían a sus hijos a estudiar Medicina solamente 58 son partidarios del ingreso libre. Esta misma proporción se mantiene a la inversa lógicamente respecto del «numerus clausus»:

mente del ingreso libre, 58 por 100, y en este 32 por 100 para los que animarían y 36 por 100 para los que no animarían, siempre en favor del «numerus clausus».

Sin embargo, los solteros y casados sin hijos son los que, en una mayor proporción, son partidarios del ingreso libre, 64 por 100, y los que, en una menor proporción, son partidarios del «numerus clausus», 31 por 100.

LOS MEDICOS QUE CONSIDERAN CONVENIENTE LA PRESENCIA DE ESTUDIANTES HISPANOAMERICANOS EN ESPAÑA SON LOS MAS PARTIDARIOS DEL INGRESO LIBRE EN LAS FACULTADES DE MEDICINA

CUADRO NUMERO 39

ACTITUD FRENTE A LA PRESENCIA NUMEROSA DE ESTUDIANTES HISPANOAMERICANOS EN FACULTADES DE MEDICINA DE ESPAÑA

	Es conveniente y ventajosa para España %	No es conveniente ni ventajosa para España %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
	Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso en ellas a todos los estudiantes que posean una preparación inicial suficiente	63	58	61
Las Facultades de Medicina deben establecer el «numerus clausus», es decir, no conceder el ingreso en ellas más que a un número previamente fijado	31	40	29	33 (189)
No sabe o no contesta	6	2	10	5 (31)
	100 (390)	100 (125)	100 (58)	100 (573)

El cuadro número 39 nos muestra que el grupo de médicos que consideran conveniente y ventajosa la presencia de estudiantes hispanoamericanos en las Facultades de Medicina de España son los más partidarios del ingreso libre y, consecuentemente, los menos partidarios del «numerus clausus» por un 63 por 100 frente a un 31 por 100.

Los que no consideran conveniente y ventajosa la presencia de estudiantes hispanoamericanos son menos partidarios relativa-

mente del ingreso libre, 58 por 100, y en este grupo existe un 9 por 100 de partidarios más que en el otro en favor del «numerus clausus», 40 por 100.

Parece, pues, que la idea más universalista de los médicos que creen conveniente la presencia de estudiantes hispanoamericanos se halla ligada con la de no limitar el número de estudiantes, lo que parece bastante congruente si bien debe hacerse notar que en ambos casos son mayoría los partidarios del ingreso libre.

EL PRINCIPIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, LA IDEA DE QUE LA MEDICINA ES UNA PROFESION LIBERAL, LA DE QUE NO SE PUEDE IMPEDIR LA REALIZACION DE LA VOCA-CION PROPIA DE CADA UNO Y LA FALTA DE MEDICOS

RAZONES A FAVOR DEL INGRESO NO LIMITADO DE ESTUDIANTES EN LAS FACULTADES DE MEDICINA

Las razones por las que los médicos creen que el ingreso en las Facultades de Medicina no debe estar limitado fueron las siguientes:

Ciento noventa y tres entrevistados creen que lo exige así el principio de igualdad de oportunidades. Ello representa el 34 por 100 del total de los médicos españoles; esto es, casi 15.000 médicos creen que para que se dé el principio de igualdad de oportunidades es necesario no limitar el ingreso en las facultades de Medicina. La idea de «numerus clausus» les parece contravenir este principio, aunque en realidad el sistema de «numerus clausus» no tiene necesariamente que entrañar una violación al principio de igualdad de oportunidades.

Es interesante resaltar que los médicos de veinticinco a treinta y cuatro años son los que más valoran esta razón, y el 39 por 100 de ellos la consideran a la hora de preferir el ingreso libre. Se trata, pues, de médicos jóvenes, lo que hace que esta convicción no se halle en declive, sino en auge, pues los grupos de edad más avanzada presentan una disminución en la valoración de esta razón como decisiva a la hora de inclinarse por uno u otro sistema.

Noventa y un encuestados prefieren el ingreso libre, porque la Medicina es una profesión liberal. Volvemos aquí a una convicción muy arraigada entre los médicos españoles: la concepción «liberal» de la Medicina, que les hace sentir recelo de lo que suponga o pueda suponer alguna restricción a dicha concepción liberal.

El estrato en el que esta arraigada convicción se cita más como razón a favor de la no limitación del ingreso en las facultades de Medicina es el urbano (la citan el 19 por 100 de los médicos residentes en él), seguido del metropolitano (16 por 100), y a otro 3 por 100 de distancia, por el rural (13 por 100).

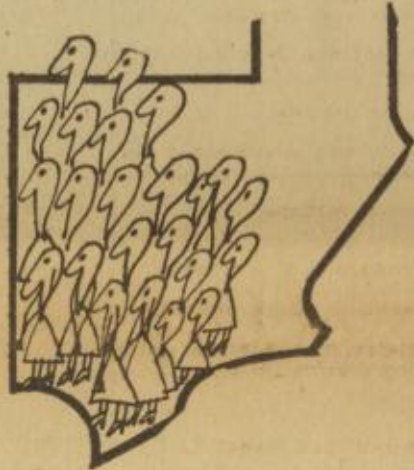
El grupo de edad que más se inclina por esta razón es el de los médicos comprendidos entre cincuenta y cinco y sesenta y cuatro años (21 por 100), seguido de los de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años (19 por 100), y el más bajo es el de sesenta y cinco años y más (13 por 100).

Treinta y siete entrevistados opinan en favor del ingreso libre, basándose en que de no hacerse así se impediría la realización de la vocación.

La idea de vocación como argumento en que se basa la postura contraria al «numerus clausus» es utilizada por un 6 por 100 de los médicos españoles. Esta idea, totalmente «ortodoxa», ha sido apreciada por un número mucho menor de médicos que las dos anteriores, siendo así que en principio parece la razón más clara para oponerse a cualquier tipo de limitación de ingreso en las facultades de Medicina, ya que, como dijimos, el sistema de «numerus clausus» no entraña necesariamente una conculcación del principio de igualdad de oportunidades y, en cambio, sí puede realmente impedir el que algunas vocaciones se realicen y lleguen a madurar en caso de aplicarse las restricciones que supone el «numerus clausus».

Por estratos, los médicos metropolitanos y urbanos en un 7 por 100 utilizan esta razón a la hora de apoyar su opinión y sólo un 4 por 100 de los médicos rurales la esgrime.

¿Sobran o faltan médicos en España?



Nueve encuestados opinan en favor del ingreso no limitado porque «faltan médicos», mientras setenta y siete opinan en favor del «numerus clausus» porque «sobran médicos».

BSERVAMOS que el número de médicos necesarios es diversamente considerado por los propios médicos españoles, y mientras un 2 por 100 de los médicos encuestados considera que «faltan médicos», un 13 por 100 considera que «sobran médicos».

Para valorar objetivamente estas contestaciones sería preciso saber si faltan o sobran de hecho médicos en España. Dar solución correcta a esa cuestión no es fácil. El indicador «número de habitantes por médico» resulta útil a escala mundial para diferenciar netamente situaciones como la de Nepal (72.000 habitantes por médico) o la de Indonesia, con 40.000, de la del grupo de países mediterráneos, por ejemplo, con cifras que oscilan alrededor de mil habitantes por médico.

Pero sí, en vez de utilizarlo

para diferenciar situaciones de áreas evidentemente en un grado de desarrollo muy desigual, se emplea para graduar y valorar las situaciones sanitarias de los países de un área de características más homogéneas (la misma mediterránea, por ejemplo), ese indicador no resulta preciso. Para situaciones alrededor de 1962, p. e., España aventaja (con 820 habitantes por médico) a Francia (con 910). El indicador con mayor capacidad de predicción del estado de salud de un país: el índice de Swaroop (1) (pro-

(1) Descrito por S. Swaroop y K. Vennura para la Organización Mundial de la Salud. En la Revista de Trabajo (número 14) ha aparecido una primera aplicación a España: «Estudio del indicador de Swaroop en España y su afectación por los movimientos migratorios y agro-urbe», por TOMÁS SÁNCHEZ MARISCAL, JUSTO DE LA CUEVA y JAVIER YUSTE GRIJALBA.

porción de fallecidos de cincuenta y más años sobre el total de fallecidos), indica, por el contrario, que hacia 1962-63, la situación española (índice 77,5) era muy inferior a la de Francia (87,7).

Pero es que, además, como ha sido certeramente apuntado por AMANDO DE MIGUEL y sus colaboradores, para cuantificar las necesidades de médicos es preciso tener en cuenta una serie de factores: «El factor «dispersión de la población» (a igualdad de circunstancias son necesarios más médicos en las poblaciones más dispersas), el factor «servicios hospitalarios» (a igualdad de circunstancias son necesarios más médicos cuando las facilidades de la medicina hospitalaria son menores) y el factor «personal sanitario» (a igualdad de circunstancias hacen falta más médicos cuando escasea el

resto de personal sanitario)» (1).

Si recordamos que la dispersión de la población es un hecho de gruesa entidad en España. El 16 por 100 de la población de 1960 —4.999.032 habitantes— estaba repartido en el 34 por 100 de la extensión de España —172.240,28 kilómetros cuadrados— agrupándose en 3.838 municipios, subdivididos en 39.332 entidades singulares de población. Hasta el punto de que el valor de la mediana era de 186 personas por entidad singular de población (2). Si además tenemos en cuenta que la situación de los servicios hospi-

(1) Informe sociológico sobre la situación social española. FOES- SA, 1965. Madrid. Págs. 127 y siguientes.

(2) Véase Plan C. C. B. Cáritas Española. Madrid, 1965. Tomo I, página 234.

talarios (4,4 camas de hospital por 1.000 habitantes en 1963. Datos de la Dirección General de Sanidad), coloca a España en un nivel muy inferior al de países de índice de salud semejante.

Si, por último, observamos la desventajosa situación de España en cuanto a «personal sanitario» (comprendiendo a médicos, odontólogos, enfermeras y comadronas: 532 habitantes por miembro de personal sanitario frente a 386 de Bélgica y 391 de Italia), coincidiremos con la opinión de A. de Miguel según la cual la cifra de unos 750 habitantes por médico no debe llevarnos a una conclusión demasiado optimista sobre el nivel sanitario de España.

Sin embargo, recalquemos que el 13 por 100 de los médicos encuestados afirmaron que «sobran médicos en España», y adujeron esta razón para sostener su postura a favor del «numerus clausus»

en las facultades de Medicina. En los niveles de error máximo probable con que operamos en nuestra encuesta, ello supone que tenemos el 95,5 por 100 de seguridad de que entre 5.352 y 6.054 médicos españoles sustentan esa opinión. Y téngase en cuenta que no hemos interrogado directamente sobre el tema a los encuestados, y que ese 13 por 100 representa a los que emplearon el argumento de que sobran médicos.

El empleo de este argumento está más acusado en el grupo de edad de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años, lo cual parece lógico, porque en este grupo de médicos que se están afianzando en su ejercicio y en su carrera es donde normalmente debe encontrarse una mayor sensación de competencia; tanto es así, que en este grupo de edad no hay ningún encuestado que opine que faltan médicos.

BENZETACIL 6-3-3



El tratamiento adecuado de las amigdalitis es el único medio de prevenir la fiebre reumática y evitar así las posibles lesiones cardiacas, renales y articulares

ES VENTAJOSA PARA ESPAÑA LA

PRESENCIA DE ESTUDIANTES

HISPANOAMERICANOS



Así lo consideran
los médicos
españoles

Los médicos españoles consideran que la presencia de varios miles de estudiantes hispanoamericanos cursando estudios en las Facultades de Medicina españolas es conveniente y ventajosa para España

¿POR QUE HEMOS FORMULADO ESTA PREGUNTA?

En efecto, ¿cuáles son las razones que justifican la inclusión de esta pregunta en el cuestionario?

Son, ciertamente, múltiples. Pero todas se basan en la importancia del hecho que está en la base: miles de estudiantes iberoamericanos estudian en las Facultades

españolas y un gran grupo de ellos lo hacen en las Facultades de Medicina.

La presencia masiva de estudiantes extranjeros en las universidades de un país plantea un haz sugestivo de problemas. Señalemos en nuestro caso los siguientes:

● Ante todo supone reconocimiento internacional como fuente o centro de interés. Es un título de prestigio, un cauce de influencia. Recuérdese el esfuerzo consciente realizado por las Universidades (o las autoridades de las que dependen) de las dos grandes potencias mundiales actuales, U. S. A. y U. R. S. S., en este sentido. Y el quizá menos consciente, pero igualmente capitalizado de otras potencias: Francia, Alemania, Inglaterra, etc. Ello no excluye los matices, indudablemente existentes, entre estudiar en «ese» o «aquel» país extranjero. Inclusive el de que «en ese país concreto sea más fácil».

● En el caso específico de España, la presencia masiva de estudiantes iberoamericanos tiene una indudable relación con la existencia actual o potencial, real o imaginada, actuante o latente, de un área con vocación de comunidad cultural, social, eco-

nómica y política. De un área con una estructura sociocultural original y diferenciada con posibilidades de protagonismo histórico diferentes de la capitalista-occidental y de la marxista-oriental, caracterizada por el mestizaje (de razas, de culturas, de historias), quizá signo, ensayo a escala cósmica y premonición del definitivo mestizaje que sea la meta próxima de la comunidad universal.

● Existen evidentemente toda una serie de problemas concretos y funcionales: quienes son los que vienen, a que vienen, como vienen preparados, que «sitio» haya para ellos, como influye su presencia en los nacionales del país y en la marcha general de la enseñanza, etc.

Por todo ello nos ha parecido conveniente y necesario formular esta pregunta que nos permitiera obtener una pista, siquiera sea insuficiente y fragmentaria, acerca de cómo los profesionales médicos españoles contemplan el fenómeno de la presencia masiva de los estudiantes iberoamericanos en las Facultades de Medicina. Y entremos ya en el análisis de los resultados.

Dos de cada tres médicos españoles (el 68 por 100) creen que la presencia numerosa de estudiantes hispanoamericanos en las Facultades de Medicina españolas es conveniente y ventajoso para España.

Dos de cada nueve (el 22 por 100) creen que no es conveniente y ventajosa para España. Uno de cada diez (el 10 por 100) no sabe o no contesta.

Por estratos residenciales (véase cuadro 42) el urbano es el que tiene más definidas sus opiniones sobre el tema. Es en el que los «no sabe o no contesta» representan un porcentaje más pequeño (el 6 por 100). Y en el que es mayor el porcentaje a favor de la «conveniencia y ventajas» (el 71 por 100). En el estrato rural se da el mayor porcentaje de indecisos o no definidos ante el tema (el 13 por 100).

El grupo de edad de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años es el más favorable a la presencia numerosa de estudiantes iberoamericanos en las Facultades españolas

Ocho de cada diez (el 82 por 100) de los médicos de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años de edad creen conveniente y ventajosa para España la presencia de estudiantes iberoamericanos en sus Facultades de Medicina (cuadro 43).

El grupo de edad inmediatamente inferior (treinta y cinco a cuarenta y cuatro años) presenta también un porcentaje alto: el 75 por ciento (uno de cada cuatro). Pero se produce un muy fuerte descenso del por-

centaje favorable a esa conveniencia al bajar la edad; el grupo de veinticinco a treinta y cuatro años sólo presenta un 53 por 100 favorable y el de menos de veinticinco años no pasa de un 47 por 100. Los médicos más jóvenes son así los más contrarios a la presencia numerosa de estudiantes iberoamericanos en las Facultades de Medicina por razones, como veremos más adelante, de insuficiencia de capacidad de las instalaciones universitarias, insuficiencia que recuerdan más porque está más cercana en su experiencia vital. A partir de los cincuenta y cinco años también decrece el porcentaje de los partidarios de la presencia numerosa de iberoamericanos en las Facultades de Medicina: 68 por 100 en los de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años y 65 por 100 en los de sesenta y cinco años y más. Quizá pueda influir en ello el que, como luego veremos y es lógico, es en estas edades donde se da más el hecho de tener hijo médico o estudiando Medicina y consecuentemente es fácil conocer las dificultades prácticas que para el estudio de la carrera puede provocar la aglomeración en las aulas.

No olvidemos, por último, que los grupos de edad más favorables a la presencia iberoamericana en las Facultades de Medicina españolas son aquellos (de treinta y cinco a cincuenta y cuatro años) que precisamente por su edad han sido más susceptibles de influjo por las ideas de «comunidad hispánica», «proyección de la Madre Patria», etc.

Las mujeres médicas son menos favorables (63 por 100) a la presencia numerosa de iberoamericanos en las Facultades de Medicina españolas que los hombres (68 por 100).

El cuadro 44 así nos lo indica. El 31 por 100 de las mujeres entrevistadas creen que

tal presencia no es conveniente ni ventajosa para España.

Los partidarios del «numerus clausus» son más contrarios a la presencia de estudiantes iberoamericanos que los partidarios del ingreso no limitado.

Como era de esperar el cuadro 45 nos muestra que los partidarios del ingreso no limitado en las Facultades de Medicina son más partidarios (el 70 por 100 de ellos en vez del 68 por 100 general) de la presencia de estudiantes iberoamericanos en las Facultades españolas.

Congruentemente los partidarios del «numerus clausus» son más contrarios a dicha presencia.

Los médicos que tiene hijo médico o estudiando Medicina y los solteros y casados sin hijos son más contrarios a la presencia de iberoamericanos en las Facultades de Medicina españolas que los restantes médicos. (Cuadro 46.)

También congruentemente con los datos que ya hemos comentado referidos a la edad, los médicos con hijo médico o con hijo estudiando Medicina presentan porcentajes más bajos (el 62 por 100) que el general (68 por 100) a favor de la presencia de estudiantes iberoamericanos en las Facultades de Medicina. Y ese porcentaje es también más ba-

jo (el 64 por 100) en los médicos solteros o casados sin hijos. Ello corrobora la explicación ya apuntada de que la reciente presencia en las aulas (caso de los solteros y casados sin hijos entre los que predominan los médicos de edades más bajas) o la presencia actual o reciente en ellas de los hijos (casos de los médicos con hijo médico o estudiando Medicina) es un factor que influye en contra de la aceptación de la conveniencia y ventaja de estudiantes iberoamericanos.

El hecho de estar a favor o en contra de la aplicación a España de los acuerdos del Mercado Común Europeo sobre la figura del «médico europeo», NO influye apreciablemente sobre la actitud respecto a la presencia de estudiantes iberoamericanos en las Facultades de Medicina españolas.

En efecto, el cuadro 47 nos indica que tanto los que están a favor como los que están en contra de la aplicación a España de los acuerdos del Mercado Común Europeo sobre la figura del «médico europeo» presentan un 69 por 100 a favor de la presencia de estudiantes iberoamericanos en las Facultades de Medicina españolas.

Únicamente se advierte un aumento del 2 por 100 (23 por 100 en vez de 21 por 100) de los votos en contra entre los que están también en contra del «médico europeo». Aumento que proviene de la correspondiente disminución de los que «no saben o no contestan».

CUADRO NUMERO 42

Serie «estratos». Pregunta número 25

«Doctor: son varios los miles de hispanoamericanos que cursan estudios de Medicina en España. ¿Cree usted que esa numerosa presencia hispanoamericana es conveniente y ventajosa para España?»

ESTRATOS

	METROPO- LITANO %	URBANO %	RURAL %	TOTAL %
Sí	67	71	68	68
No	23	23	19	22
No sabe o no contesta	10	6	13	10
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

(1) Las cifras entre paréntesis indican el número de entrevistas, en base a las cuales se han calculado los porcentajes de la columna respectiva. En la columna de «Total» dichas cifras entre paréntesis indican el número de respuestas favorables a cada una de las alternativas de la pregunta de que se trata. Lo mismo, naturalmente, en todos los cuadros que se publican.

CUADRO NUMERO 43

Serie «edad». Pregunta número 25

EDAD

	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	TOTAL %
Sí	47	53	75	82	68	65	68
No	40	35	15	10	20	28	22
No sabe o no contesta	13	12	10	8	12	7	10
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

CUADRO NUMERO 44

Serie «sexo». Pregunta número 25

SEXO

	HOMBRES %	MUJERES %	TOTAL %
Sí	68	63	38
No	22	31	22
No sabe o no contesta	10	6	10
	100 (557)	100 (16)	100 (573)

CUADRO NUMERO 45

ACTITUD FRENTE AL «NUMERUS CLAUSUS»

	Las Faculta- des de Medi- cina deben establecer el «numerus clausus» %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Sí	70	71	68
No	20	10	22
No sabe o no contesta	10	19	10
	100 (353)	100 (189)	100 (3)

CUADRO NUMERO 46

«Doctor: son varios miles los hispanoamericanos que cursan estudios de Medicina en España. ¿Cree usted que esa numerosa presencia hispanoamericana es conveniente y ventajosa para España?»

TENENCIA DE HIJO MEDICO O ESTUDIANDO MEDICINA

	Solteros y casados sin hijos %	Tiene hijo médico %	Tiene hijo estudian- do Medi- cina %	No tiene hijo mé- dico ni estudian- do Medi- cina %	Estudiaba y lo dejó %	No sabe o no con- testa %	TOTAL %
Sí	64	62	62	70	33	82	68
No	26	32	31	17	67	14	22
No sabe o no contesta	10	6	7	13		4	10
	100 (192)	100 (47)	100 (29)	100 (247)	100 (3)	100 (55)	100 (573)

CUADRO NUMERO 47

ACTITUD FRENTE A LA APLICACION A ESPANA DE LA FIGURA DEL «MEDICO EUROPEO»

«Doctor: son varios miles los hispanoamericanos que cursan estudios de Medicina en España. ¿Cree usted que esa numerosa presencia hispanoamericana es conveniente y ventajosa para España?»

	A favor %	En contra %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Sí	69	69	55	68
No	21	23	30	22
No sabe o no contesta	10	8	15	10
	100 (492)	100 (48)	100 (33)	100 (573)



NEODUAL ESTREPTO

PANTOTENATO Y SULFATO DE ESTREPTOMICINA

La ototoxicidad de la dihidroestreptomicina ha sido recientemente confirmada en las normas de tratamiento de la tuberculosis, (del Plan Nacional de Erradicación) en la que se recomienda la asociación de sulfato y pantotenato de Estreptomicina.

neodual ESTREPTO *

**CONVENIENCIA DE LA PRESENCIA
DE ESTUDIANTES IBEROAMERICANOS
EN NUESTRAS FACULTADES DE MEDICINA**

RAZONES A FAVOR

Los cuadros 48 y 49 nos informan sobre cuáles son las razones que han alegado los médicos españoles para apoyar su opinión favorable a la presencia de estudiantes iberoamericanos. Pueden agruparse de la siguiente forma:

A) En primer lugar, un 40 por 100 de los entrevistados que: 1) Se declararon en contra de tal presencia numerosa iberoamericana en las Facultades españolas (el 22 por 100). 2) No se pronuncian ni a favor ni en contra (el 10 por 100). 3) Habiéndose declarado a favor de esa presencia no dieron razones en apoyo de su postura (el 8 por 100).

B) Los que expresamente indicaron alguna razón para apoyar su toma de posición. A su vez clasificables en:

1) Los que alegaron razones de prestigio (29 por 100 del total).

El 10 por 100 del total indicaron que la afluencia numerosa de estudiantes iberoamericanos a las Facultades de Medicina es conveniente y ventajosa para España, porque supone prestigio para la Universidad española. Otro 10 por 100 indicó como razón que «es un medio para que se conozca la calidad de la Medicina española». Un 9 por 100 del total apuntó que «nos da prestigio».

2) Los que invocan razones basadas en la «comunidad iberoamericana» (el 12 por 100 del total).

Un 7 por 100 del total de médicos aduce como razón para la conveniencia de esa presencia su contribución a la proyección de una comunidad iberoamericana. Otro 5 por 100 matiza sus razones en el sentido de afirmar que se trata de una obligación de España como «Madre Patria».

3) Los que subrayan la apertura de nuevos campos de actividad y el estrechamiento de lazos con otras naciones (el 10 por 100 del total).

En realidad este grupo de contestaciones podría acumularse al anterior, pero la presencia en gran parte de las mismas del matiz «abrir nuevos campos de actividad» introduce un elemento utilitario que hace aconsejable su presentación separada.

4) Los que declaran genéricamente que el intercambio de estudiantes es siempre bueno (el 7 por 100 del total).

5) «Traen divisas» (1 por 100 del total) y «Varias» (1 por 100 del total) cierran la distribución de las razones a favor.

Los médicos residentes en el estrato urbano son los que más alegan las razones basadas en la comunidad iberoamericana.

El cuadro 48 nos muestra en efecto que un 16 por 100 del total de los médicos residentes en el estrato urbano citan este tipo de razones por un 13 por 100 de los metropolitanos, un 11 por 100 de los rurales y un 12 por 100 del total.

¿Por qué cree usted que es ventajoso y conveniente para España la presencia numerosa de estudiantes hispanoamericanos en nuestras facultades de Medicina?

	ESTRATOS			
	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	TOTAL %
No sabe o no contesta, o contestó en contra de la presencia de estudiantes hispanoamericanos...	41	32	42	40 (228)
Supone prestigio para la Universidad española	9	9	13	10 (57)
Es un medio para que se conozca lo bueno de la Medicina española	9	14	9	10 (57)
El intercambio siempre es bueno...	7	7	7	7 (40)
Permite estrechar lazos y abrir campos	10	8	9	10 (55)
Es una obligación de la Madre Patria	5	8	6	5 (32)
Contribuye a la proyección comunidad hispánica	8	8	5	7 (39)
Traen divisas	1	1	X	1 (6)
Nos da prestigio	9	8	9	9 (50)
Varias	1	5		1 (9)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

	E D A D						Total %
	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	
No sabe o no contesta o contestó en contra de la presencia de estudiantes hispanoamericanos	53	55	33	27	37	45	40 (228)
Supone prestigio para la Universidad española		7	14	10	13	7	10 (57)
Es un medio para que se conozca lo bueno de la Medicina española		10	11	12	6	12	10 (57)
El intercambio siempre es bueno	27	5	6	9	8	4	7 (40)
Permite estrechar lazos y abrir campos	7	8	12	12	8	6	10 (55)
Es una obligación de la Madre Patria		2	5	10	5	10	5 (32)
Contribuye a la proyección comunidad hispánica		6	6	11	5	6	7 (39)
Traen divisas		1	2		1		1 (6)
Nos da prestigio	13	5	8	8	16	9	9 (50)
Varias		1	3	1	1	1	1 (9)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

VACUNA ANTIGRIPAL LETI

POLIVALENTE

Integrada primordialmente

por el VIRUS A-2,

causante de la actual epidemia gripal europea

Inyectables de 1 c. c. - Vía subcutánea



¿Por qué cree usted que no es conveniente y ventajosa para España la presencia numerosa de estudiantes hispanoamericanos en nuestras facultades de Medicina.

ESTRATOS

	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
No sabe o no contesta, o contesta a favor de la presencia de estudiantes hispanoamericanos ...	90	80	84	81 (462)
Los que vienen son los peores ...	1	3	7	2 (9)
No hay sitio ...	7	8	8	7 (43)
Quitan sitio a los españoles ...	6	2	2	4 (23)
No aportan nada ...	2	4		2 (10)
Se les da trato a favor ...	1	1	3	2 (10)
Perjudica el prestigio de la Universidad española ...	1	1	2	1 (7)
El nivel intelectual es inferior al de los españoles y estudian menos ...	2	1	X	1 (9)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

RAZONES EN CONTRA

Son los cuadros 50 y 51 los que nos informan sobre cuáles han sido las razones aducidas por los médicos para apoyar esa opinión adversa. Pueden agruparse así:

- A) Un 81 por 100 del total de los médicos que:
1. Ha opinado a favor de esa presencia el 68 por 100.
 2. No se ha pronunciado ni a favor ni en contra el 10 por 100.
 3. Opinando en contra, no ha alegado ninguna razón para sustentar su postura el 3 por 100.

B) Los que expresamente indicaron alguna razón para oponerse a esa presencia, subdivididos en:

1. Los que creen que la presencia masiva de estudiantes iberoamericanos agrava el problema de la escasez de instalaciones universitarias (11 por 100 del total de médicos).

2. Un 7 por 100 de los entrevistados da como razón de su oposición el hecho de que «no hay sitios». Un 4 por 100 insiste en el mismo hecho básico, matizándolo con la afirmación de que los estudiantes iberoamericanos en las Facultades de Medicina «quitan sitio a los españoles».

3. Los que manifiestan un juicio peyorativo de los estudiantes iberoamericanos (el 3 por 100 de los médicos entrevistados).

Un 2 por 100 de los entrevistados sostiene que los estudiantes iberoamericanos que acuden a las Facultades españolas de Medicina son los peores, los «rebotados» de sus países.

Un 1 por 100 afirma que su nivel intelectual es inferior al de los españoles y que estudian menos.

Nos parece claro que ambos tipos de afirmaciones responden a prejuicios insuficientemente basados en la realidad.

5. Los que apuntan la existencia de un trato discriminatorio a su favor (el 3 por 100 del total).

Un 2 por 100 indica explícitamente que los estudiantes iberoamericanos reciben un trato de favor (en cuanto a exigencia de rendimiento y esfuerzo) en las facultades españolas de Medicina. Un 1 por 100 matiza esta misma línea de argumentación indicando que perjudican al prestigio de la Universidad española.

4. Por último, un 2 por 100 de los médicos alega que los estudiantes iberoamericanos «no aportan nada» como justificación para oponerse a su presencia.

Con respecto a las variaciones que el volumen de la ciudad de residencia y la edad introducen en la alegación de estas razones, subrayamos que uno de cada cinco médicos menores de treinta y cinco años y mayores de sesenta y cinco citan el argumento de «la falta de sitio en la Universidad». Es decir, los que hace poco han estado en ella o los que en mayor proporción tienen hijos en ella o recién graduados.

CUADRO 51

Serie «edad». Pregunta número 27

EDAD

	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	TOTAL %
No sabe o no contesta, o contesta a favor de la presencia de estudiantes hispanoamericanos ...	59	58	87	91	83	77	81 (462)
Los que vienen son los peores ...	7	3	3				2 (9)
No hay sitio ...	13	14	3	4	4	12	7 (43)
Quitan sitio a los españoles ...		6	2	1	5	9	4 (23)
No aportan nada ...		1	2	2	1	1	2 (10)
Se les da trato a favor ...		2	2	1	2	1	2 (10)
Perjudican el prestigio de la Universidad española ...		3	1		1		1 (7)
El nivel intelectual es inferior al de los españoles y estudian menos...	7	3		1			1 (9)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

MICRALAX

MICROENEMA DE EFECTO RAPIDO

Por primera vez se utiliza en terapéutica el fenómeno físico-químico denominado "peptización", con el que se consiguen las ventajas siguientes sobre los evacuantes intestinales (enemas y supositorios):

- Actúa directamente sobre las heces, reblandeciéndolas
- No irrita la mucosa rectal
- No se crea hábito al producto
- Acostumbra al paciente a la defecación a hora fija
- Se maneja fácil e higiénicamente
- Preparación para la anoscopia, la rectoscopia y la sigmoidoscopia

DOSIFICACION Y MODO DE EMPLEO

Por ser totalmente inocuo, en el niño lo mismo que en el adulto, se utilizarán los 5 c.c. de un microenema. Después de lubricada la cánula con una gota del mismo producto, introdúzcase la mitad de la longitud de aquella en el recto, vaciando por presión su contenido, retirándola nuevamente sin dejar de presionar sus paredes.

PRESENTACION

Caja con un microenema de 5 c.c.



com-probado

UN IMPORTANTE DESCUBRIMIENTO DE LA INVESTIGACION EN I. C. L.

"Previamente a la aparición del Propranolol (SUMIAL), ningún medicamento había demostrado convincentemente reducir la frecuencia de accesos, en la angina de esfuerzo".

Brit. Med. Journal 1966, II, 98



Sumial

(PROPRANOLOL)

EN LA ANGINA DE PECHO

PRESENTACION: Envases con 30 comprimidos de 10 y 40 mg de PROPRANOLOL. Envases con 8 ampollas de 8 ml con 1 mg de PROPRANOLOL

ICI - FARMA, S. A.
París (Francia)



LA MEDICINA, PROFESION

HEREDITARIA

- Uno de cada tres médicos, con edad y estado civil suficientes para ello, tienen un hijo médico o estudiando Medicina
- Uno de cada dos médicos que tienen hijos les animarían a estudiar Medicina
- Uno de cada siete médicos es hijo de médico
- El abuelo paterno de uno de cada veinte médicos es o fué también médico
- Una de cada veinte esposas de médico es hija de médico
- Una de cada cien esposas de médico es nieta de médico
- Uno de cada cuatro médicos pertenece a una familia con dos generaciones consecutivas de médicos
- Uno de cada veinte médicos pertenece a una familia con tres generaciones consecutivas de médicos
- Uno de cada cien médicos pertenece a una familia con cuatro generaciones consecutivas de médicos

A DOS DE CADA TRES MEDICOS (EL 67 POR 100) TIENEN HIJOS

Sesenta y siete de cada cien médicos tienen hijos. Treinta y tres de cada cien son solteros o casados sin hijos.

En el cuadro 52 (por diferencia entre el porcentaje de solteros y casados sin hijos con el total 100) podemos observar que los diversos grupos de edad se ordenan de la siguiente forma, de mayor a menor porcentaje con hijos:

GRUPOS DE EDAD	% del grupo que tiene hijos
1.º De 45 a 54 años	89
2.º De 55 a 64 años	79
3.º De 65 y más años	78
4.º De 35 a 44 años	76
5.º De 25 a 34 años	34
6.º Menos de 25 años	0

Si ahora examinamos los porcentajes horizontales de totales del cuadro 58 advertiremos que el total de médicos con hijos está constituido, según la edad, de la siguiente forma (se incluye la columna del porcentaje que cada grupo de edad representa sobre el total de médicos a efectos de facilitar la comparación):

GRUPOS DE EDAD	% que cada grupo de edad representa sobre el total de médicos con hijos	% que cada grupo de edad representa sobre el total de médicos
1.º De 35 a 44 años ...	29	25
2.º De 45 a 54 años ...	26	19
3.º De 55 a 64 años ...	18	15
4.º De 65 y más años ...	14	12
5.º De 25 a 34 años ...	13	25
6.º Menores de 25 años	0	2
	100	100

EN EL ESTRATO RURAL ES MAYOR LA PROPORCION DE MEDICOS CON HIJOS QUE EN EL URBANO Y EN ESTE MAYOR QUE EN EL METROPOLITANO.

- En el cuadro 53 podemos advertir que:
 - El 77 por 100 (tres de cada cuatro) de los médicos rurales tienen hijos.
 - El 68 por 100 (dos de cada tres) de los médicos urbanos tienen hijos.
 - El 61 por 100 (tres de cada cinco) de los médicos metropolitanos tienen hijos.
- El cuadro 57 nos indica que el 51 por 100 (más de la mitad) de los médicos con hijos residen en el estrato metropolitano, el 30 por 100 en el rural y el 19 por 100 en el urbano.

B LOS MEDICOS CON HIJO MEDICO O ESTUDIANDO MEDICINA

Para que un médico tenga un hijo médico o estudiando Medicina es obvio que deben concurrir en él las siguientes condiciones previas:

1. Ser médico. 2. Tener hijos. 3. Tener él y su hijo la edad suficiente y necesaria para que su hijo haya acabado sus estudios de Medicina o los esté cursando.

Veamos en qué medida los resultados de nuestra encuesta nos muestran casos que cumplan esas condiciones.

1.º Médicos casados con hijos. Según los resultados de nuestra encuesta de 573 médicos y estudiantes de sexto curso entrevistados, 192 (el 33 por 100) son solteros y casados sin hijos, 381 (el 77 por 100) son casados con hijos.

2.º Médicos casados con hijos y que tienen edad suficiente para que sus hijos hayan acabado sus estudios de Medicina o los estén cursando. Según los resultados de nuestra encuesta de 573 médicos y estudiantes de sexto curso entrevistados, 192 (el 33 por 100) de los médicos de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años (100 de 113), el 79 por 100 de los médicos de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años (67 de 85) y el 78 por 100 de los médicos de sesenta y cinco años y más (54 de 69) son casados con hijos.

En total, 221 médicos de los 573 entrevistados tienen cuarenta y cinco o más años, están casados y tienen hijos.

Reiteramos ahora que dadas las cuantías respectivas del universo y de la muestra (43.875 y 573 respectivamente) tenemos el 95,5 por 100 de seguridad de que para el caso del párrafo anterior nuestro margen de error máximo posible está en más o menos 4,01 por 100. Ello significa que tenemos el 95,5 por 100 de seguridad de que entre 15.132 y 18.651 médicos estén casados y con hijos y tengan más de cuarenta y cinco años. Hemos escogido el grupo de cuarenta y cinco años y más, porque ningún encuestado perteneciente a un grupo de edad inferior declara tener hijo médico o estudiando Medicina y porque ello es lógico en función del juego de edades respectivas necesarias de padre e hijo. (Recordemos que el porcentaje de varones que contraen matrimonio en España entre veinte y veinticuatro años no pasa del 18 por 100.)

De esos 221 médicos con cuarenta y cinco o más años, casados y con hijos, 47 tienen hijo médico y 29 tienen hijo estudiando Medicina. Es decir, el 21,2 por 100 tienen hijo médico y el 34,3 por ciento tienen hijo médico o estudiando Medicina.

EN RESUMEN, UNO DE CADA CINCO MEDICOS CASADOS CON CUARENTA Y CINCO O MAS AÑOS DE EDAD Y CON HIJOS TIENEN HIJO MEDICO, UNO DE CADA TRES TIENEN HIJO MEDICO O ESTUDIANDO MEDICINA.

Uno de cada treinta y tres médicos de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años, casados y con hijos, tienen hijo médico. Uno de cada siete tienen hijo estudiando Medicina. Uno de cada cinco tienen hijo médico o estudiando Medicina.

El cuadro 52 nos muestra que el 3 por 100 de los médicos de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años tienen hijo médico.

El 12 por 100 tienen hijo estudiando Medicina. El 15 por 100, pues, tienen hijo médico o estudiando Medicina. Descontados los solteros y casados sin hijos, esos porcentajes se convierten en el 3 por 100, el 18 por 100 y el 21 por 100 de los médicos casados de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años que tienen hijos. Atendiendo a los porcentajes horizontales observamos que el padre del 6 por 100 de los médicos hijos de médico tiene de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años. El 48 por 100 de los estudiantes de Medicina hijos de médico lo son de alguno que tiene esa edad.

Uno de cada tres médicos de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años, casados, con hijos, tienen hijo médico. Uno de cada cinco tienen hijo estudiando Medicina. Casi uno de cada dos tienen hijo médico o estudiando Medicina.

El cuadro 52 nos muestra que el 21 por 100 de los médicos de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años tienen hijo médico. El 12 por 100 tienen hijo estudiando Medicina. El 35 por 100 de ellos tienen, pues, hijo médico o estudiando Medicina. Descontados los solteros y casados sin hijos, los porcentajes se convierten en el 27 por 100, el 18 por 100 y el 45 por 100 de los médicos casados de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años que tienen hijos.

Si contemplamos los porcentajes horizontales advertiremos que el 38 por 100 de los padres de los médicos hijos de médico tienen de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años. El 42 por 100 de los estudiantes de Medicina hijos de médico lo son de médicos que tienen esa edad.

Uno de cada dos médicos de sesenta y cinco y más años, casados, con hijos, tiene hijo médico. Uno de cada veinte tiene hijo estudiando Medicina.

El citado cuadro 52 nos refleja cómo el 28 por 100 de los médicos de sesenta y cinco años y más tienen hijo médico. El 4 por 100 tienen hijos estudiando Medicina. Así pues, el 32 por 100 tienen hijo médico o estudiando Medicina.

Si descontamos los solteros y casados sin hijos, los porcentajes se convierten en el 43 por 100, el 6 por 100 y el 54 por 100 de los casados de sesenta y cinco y más años que tienen hijos médicos.

Los porcentajes horizontales nos indican que para el 56 por 100 de los médicos cuyo padre es médico éste tiene sesenta y cinco o más años. Y que el 10 por 100 de los estudiantes de Medicina con padre médico lo tienen de esta edad.

VARIACION SEGUN LOS ESTRATOS

Examinemos ahora las dos tablas siguientes, extraídas de los porcentajes horizontales del cuadro 55:

TABLA A)

Estratos	Tanto por ciento de médicos con hijos, según el estrato en que residen	Tanto por ciento de médicos con hijos, según el estrato en que residen
Metropolitano... ..	45	51
Urbano	19	19
Rural	36	30
	100	100

TABLA B)

Estratos	Tanto por ciento de médicos con hijos estudiando Medicina, según el estrato en que residen	Tanto por ciento de médicos con hijos, según el estrato en que residen
Metropolitano... ..	48	51
Urbano	24	19
Rural	28	30
	100	100

De ambas tablas se deduce que los médicos en el estrato rural tienen más hijos médicos proporcionalmente que los médicos del estrato urbano y del metropolitano. No sólo más, sino muchos más. Siendo los médicos rurales con hijo sólo el 30 por 100 del total de los médicos con hijo, los médicos rurales que tienen hijos médicos representan el 36 por 100 de los médicos que tienen hijo médico.

Los médicos urbanos (residentes en municipios de entre 10.000 y 100.000 habitantes) son los que tienen hijos estudiando medicina en mayor proporción relativa. El 19 por 100 de los médicos con hijos residen en el estrato urbano, y el 24 por 100 de ellos tienen hijos estudiando medicina. La conclusión a extraer de ambos fenómenos es que el estrato metropolitano es el punto de llegada y que el estrato rural y el urbano son proporcionalmente más fecundos en futuros médicos.

C RELACION ENTRE EL HECHO DE TENER HIJO MEDICO O ESTUDIANDO MEDICINA Y LA ACTITUD FRENTE A LOS DIVERSOS PROBLEMAS DE LA PROFESION

El cuadro 54 nos muestra cómo el porcentaje de médicos que teniendo hijo estudiando Medicina prefieren el ejercicio con ingresos mensuales seguros al ejercicio liberal (el 3 por 100 del total de médicos que tienen esa preferencia) es casi la mitad del porcentaje (5 por 100 del total) que representan los médicos con hijo estudiando Medicina.

Sin embargo, siendo un 8 por 100, del total de los médicos los que tienen hijo médico, el 13 por 100 que opinan a favor del sistema de cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas en el S. O. E., tienen hijo médico (cuadro 55).

De los médicos contrarios a la presencia numerosa de estudiantes hispanoamericanos en las Facultades de Medicina españolas el 12 por 100 tienen hijo médico y el 7 por 100 hijo estudiando Medicina (cuadro 56). Estos porcentajes, más altos que los generales respectivos (8 por 100 y 5 por 100) parecen indicar que la opinión desfavorable respecto de la conveniencia de esa presencia numerosa hispanoamericana se refuerza en los que tienen hijos que comparten sus aulas con los estudiantes hispanoamericanos o que las han compartidos recientemente.

UNO DE CADA DOS MEDICOS QUE TIENEN HIJOS LES ANIMARIAN A ESTUDIAR MEDICINA

La pregunta «¿animaría usted a alguno de sus hijos a estudiar Medicina?» fué formulada únicamente al 67 por 100 de los entrevistados. A aquellos que habían ya indicado que tenían hijos.

El cuarenta y ocho por ciento (48 %) contestó que sí animaría a alguno de sus hijos a estudiar Medicina. El treinta y nueve por ciento contestó que no y el trece por ciento no contestó.

En el estrato rural son mayoría los médicos que NO animarían a alguno de sus hijos a estudiar Medicina.

Atendiendo a las variaciones que estos porcentajes generales introducen el lugar de residencia del médico se advierte en el cuadro 57 que los médicos residentes en el estrato urbano fueron los que en mayor porcentaje afirmaron que sí animarían a alguno de sus hijos a seguir su misma profesión. Concretamente el 55 por 100. A continuación figura el estrato metropolitano con el 49 por 100 de los médicos con hijos en el residentes que también animarían a sus hijos a seguir la misma vocación.

Resalta el hecho de que entre los médicos rurales son mayoría los que no animarían a sus hijos a seguir los estudios médicos. Son el 47 por 100 del total frente a un 41 por 100 que sí animaría y un 12 por 100 que no contesta. Téngase en cuenta (véase cuadro 53) para valorar tal hecho que es en el estrato rural en donde son mayores los porcentajes de médicos con hijo médico (el 12 por 100 del total de los residentes en el estrato) y el porcentaje de médicos con hijo médico o estudiando Medicina (el 17 por 100 también del total).

A mayor edad, menos predisposición para animar a los hijos a estudiar Medicina.

El porcentaje de médicos con hijos que animarían a estudiar Medicina disminuye cuando la edad aumenta. Véase en el cuadro 58 la neta tendencia:

Grupos de edad y tanto por ciento de médicos con hijos que animarían a los mismos a estudiar Medicina:

- 1.º De 25 a 34 años 72
- 2.º De 35 a 44 años 61
- 3.º De 45 a 54 años 43
- 4.º De 55 a 64 años 30
- 5.º De 65 y más años 30

Pero es que, además, siendo los porcentajes generales 48 por 100 y 39 por 100 para el «SI animaría» y el «NO animaría», respectivamente, el cuadro 58 nos muestra que:

- Estos dos grupos de edad más bajos (veinticinco a treinta y cuatro años y treinta y cinco a cuarenta y cuatro años) predominan los que sí animarían. Con más de la mitad más uno, además.
- En los tres grupos de edad más altos (cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro, cincuenta y cinco a sesenta y cuatro,

tro años y sesenta y cinco años y más), POR EL CONTRARIO, SON MAYORÍA LOS QUE NO ANIMARIAN A SUS HIJOS A SEGUIR SU PROPIA CARRERA. En el caso del grupo de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años, también con mayoría absoluta (52 por 100).

Los médicos de veinticinco a cuarenta y cuatro años con hijos (que sólo son el 42 por ciento del total de médicos con hijos) proporcionan más de la mitad (el 57 por 100) de las contestaciones que indican predisposición a fomentar la vocación por la Medicina en los propios hijos. Y sólo la tercera parte (el 32 por 100) de las contestaciones contrarias.

El porcentaje de los que no contestan a la pregunta sube a medida que aumenta la edad: 4 por 100, 6 por 100, 11 por 100, 18 por 100, 33 por 100.

Podría pensarse que este fenómeno del aumento con la edad de la proporción de médicos que no animarían a sus hijos a estudiar Medicina, podría venir técnicamente invalidado por el hecho de ser mayor la proporción de médicos con hijo médico o estudiando medicina a medida que aumenta la edad. Estos médicos de edad más avanzada al ser preguntados sobre si animarían o no a sus hijos a estudiar Medicina, habrán, mayoritariamente, no contestado por entender que la pregunta era supérflua al haber declarado ya que tiene hijo médico o estudiando medicina.

Esto no es así. Hemos depurado los porcentajes eliminando de los mismos y, naturalmente, del total, aquellos médicos de cada grupo de edad que habían declarado anteriormente que tienen hijo médico o estudiando Medicina. Los resultados no sólo no han modificado los que se exponen en el cuadro número 60, sino que aún los han acentuado en el mismo sentido, pasando, por ejemplo, en el caso del grupo de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años de una relación 30 por 100-52 por 100 a otra de 24 por 100-65 por 100 respectivamente para las contestaciones de sí animaría o no animaría.

Relaciones entre las actitudes frente al «numerus clausus», la forma de ejercicio y la elección de médico por el enfermo en el S. O. E y la disposición favorable para animar a los hijos a estudiar Medicina.

Están reflejadas en los cuadros 59, 60 y 61. Los médicos partidarios del «numerus clausus» están más dispuestos que la generalidad a NO animar a sus hijos a estudiar Medicina.

Entre los médicos no partidarios del ejercicio liberal disminuye algo el porcentaje de los dispuestos a animar a sus hijos al estudio de la Medicina.

Entre los médicos con hijo y que están a favor del sistema «Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas» predominan los que no animarían a sus hijos a estudiar Medicina. Eso haría la mitad (el 50 por 100). El 40 por 100 sí animaría a sus hijos a cursar Medicina.

CUADRO NUMERO 52

Serie «edad». Pregunta número 80

EDAD

	EDAD						TOTAL	BASE
	Menos de 25 años %	De 25 a 34 años %	De 35 a 44 años %	De 45 a 54 años %	De 55 a 64 años %	De 65 y más años %		
Solteros y casados sin hijos ...	100	66	24	11	21	22	33	(192)
Tienen hijo médico ...				3	21	38	8	(47)
Tienen hijo estudiando Medicina ...				12	14	4	5	(29)
Tienen hijo que estudiaba y lo dejó ...		X			1	1	1	(3)
No tienen hijo médico ni estudiando Medicina ...		25	61	63	38	28	43	(247)
No contesta ...		9	15	11	5	7	10	(55)
	100	100	100	100	100	100	100	(573)
	(15)	(146)	(145)	(113)	(85)	(69)		

Las cifras entre paréntesis indican el número de entrevistas, en base a las cuales se han calculado los porcentajes de la columna respectiva. En la columna de «Total», dichas cifras entre paréntesis indican el número de respuestas favorables a cada una de las alternativas de la pregunta de que se trata.

Lo mismo, naturalmente, en todos los cuadros que se publican.

- 77 de los 573 entrevistados son hijos de médico. (El 13 por 100 de los médicos son hijos de médicos.)
- 47 de los 221 entrevistados que están casados y tienen cuarenta y cinco o más años tienen hijo médico. (El 21 por 100 de los médicos con edad y estado civil suficiente para ello tiene hijo médico.)
- 29 de los 221 entrevistados que están casados y tienen cuarenta y cinco o más años tienen hijo estudiando Medicina. (El 13 por 100 de los médicos con edad y estado civil suficientes para

- ello tienen hijo estudiando Medicina.)
- El abuelo paterno de 31 de los 573 entrevistados es o fué médico. (El 5 por 100 de los médicos tienen o tuvieron abuelo paterno médico.)
- 33 de los 437 entrevistados casados o viudos se han casado con la hija de un médico. (El 5 por 100 de las esposas de los médicos son hijas de médicos.)
- 8 de los 437 entrevistados casados o viudos se han casado con una mujer cuyo abuelo paterno era médico. (El 1 por 100 de las esposas de los médicos son nietas de médicos.)

CUADRO NUMERO 53

Serie «estratos». Pregunta número 80

ESTRATOS

	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
Solteros y casados sin hijos ...	39	32	23	33
Tienen hijo médico ...	7	8	12	8
Tienen hijo estudiando Medicina ...	4	7	5	5
Tienen hijo que estudiaba y lo dejó ...	X	1	1	1
No tienen hijo médico ni estudiando Medicina ...	43	36	49	43
No contesta ...	7	16	10	10
	100	100	100	100
	(319)	(106)	(148)	(573)

CUADRO NUMERO 54

FORMA DE EJERCER LA MEDICINA QUE PREFIERE

	Ejercicio liberal %	Ejercicio con ingresos mensuales %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Solteros o casados sin hijos.	31	41	27	33
Tienen hijo médico ...	8	8	7	8
Tienen hijo estudiando Medicina ...	5	3	9	5
Tienen hijo que estudiaba y lo dejó ...	1	1		1
No tienen hijo médico ni estudiando Medicina ...	46	37	43	43
No contesta ...	9	10	14	10
	100	100	100	100
	(366)	(163)	(44)	(573)

CUADRO NUMERO 55

SISTEMA PREFERIDO PARA EL S. O. E.

	Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas %	Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Solteros y casados sin hijos.	26	35	29	33
Tienen hijo médico ...	13	8	6	8
Tienen hijo estudiando Medicina ...	5	5	11	5
Tienen hijo que estudiaba y lo dejó ...		X		1
No tienen hijo médico ni estudiando Medicina ...	47	42	43	43
No contesta ...	9	10	11	10
	100	100	100	100
	(87)	(451)	(35)	(573)

CUADRO NUMERO 56

Pregunta número 80

ACTITUD FRENTE A LA PRESENCIA NUMEROSA DE ESTUDIANTES HISPANOAMERICANOS EN FACULTADES DE MEDICINA DE ESPAÑA

	Es conveniente y ventajosa para España %	No es conveniente ni ventajosa para España %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Solteros y casados sin hijos.	32	40	33	33
Tienen hijo médico ...	7	12	6	8
Tienen hijo estudiando Medicina ...	5	7	3	5
Tienen hijo que estudiaba y lo dejó ...	X	2		1
No tienen hijo médico ni estudiando Medicina ...	45	33	55	43
No contesta ...	11	6	3	10
	100	100	100	100
	(390)	(125)	(58)	(573)

METODOLOGIA

INTRODUCCION

1 Es obligación del que publica los resultados de una investigación explicar la metodología seguida. Una explicación metodológica detallada tiene comúnmente su lugar en las publicaciones especializadas.

Sin embargo, TRIBUNA MEDICA y los autores de este trabajo tienen especial interés en exponer con detalle, públicamente, los pasos metodológicos que han seguido, descendiendo inclusive a explicaciones que quizá sean ociosas, con la finalidad de mostrar a los lectores el rigor científico, la honradez profesional y la escrupulosidad técnica con los que se ha actuado, que, en último término, son la garantía de la validez de los resultados que exponemos.

ELABORACION DE LAS HIPOTESIS DE TRABAJO

Una serie de reuniones de trabajo entre directivos de TRIBUNA MEDICA y de TERPA, S. A., permitieron fijar los objetivos que TRIBUNA MEDICA pretendía alcanzar mediante la «Encuesta de actitudes de los médicos españoles». Se elaboraron así las hipótesis de trabajo que guiaron la redacción del cuestionario y la previsión de la explotación estadística de los resultados.

REDACCION DEL CUESTIONARIO

Un comité formado por el director de TRIBUNA MEDICA (don Enrique Costas), el director general de TERPA, S. A. (don Justo de la Cueva), y el director adjunto de la misma sociedad (don Joaquín Herrero), redactó, a través de una serie de sesiones de trabajo, sucesivas aproximaciones al cuestionario de la encuesta. Finalmente se perfiló el cuestionario que debería ser sometido a prueba.

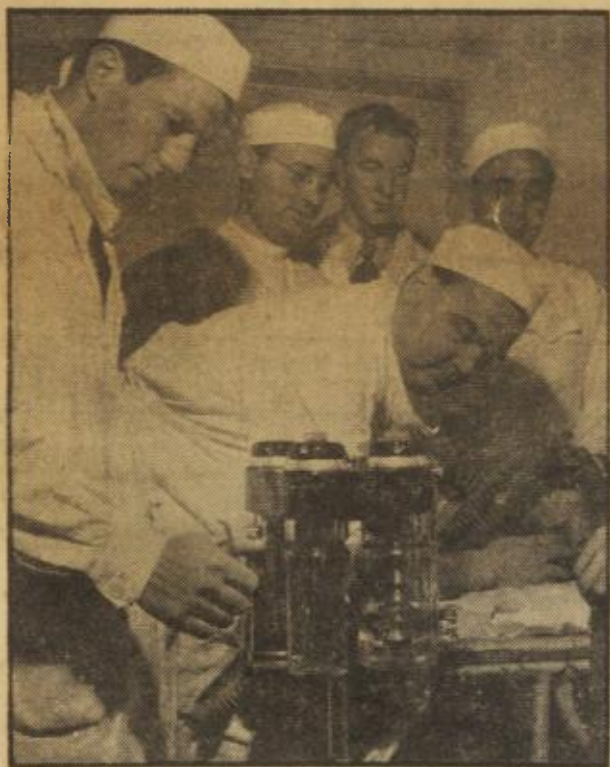
LA ELECCION DEL METODO DE ENTREVISTA PERSONAL

El citado comité examinó las diversas posibles modalidades de aplicación del cuestionario. Entrevista personal, referéndum postal, sistema mixto principalmente.

Un cúmulo de razones técnicas movió al comité a escoger la modalidad de entrevista personal. Resumimos aquí las principales:

EL CUESTIONARIO

1 La encuesta se planteó con una gran ambición de objetivos. Como consecuencia, el cuestionario era relativamente largo y complejo. Ello hacía suponer, en base a muchas experiencias anteriores, que el número de médicos que responderían a él, si les era formulado por un entrevistador experimentado, sería comparativamente muy superior al del que contestaría las preguntas escritas y recibidas por correo.



2 La propia índole de las cuestiones planteadas exigió un atento cuidado al orden en que las preguntas habían de ser formuladas. De hecho, la validez de las contestaciones a algunas preguntas estaba condicionada a que fueran formuladas precisamente en el orden escogido y desconociendo el entrevistado que «luego» se le pedirían otras adopciones de postura que contrastarían la validez de las respuestas previas. Ello es sólo evidentemente posible cuando las preguntas son formuladas por un entrevistador, pero de ningún modo si se envía el cuestionario por correo (no hay forma válida de saber quién ha leído todo el cuestionario antes de contestar, condicionando así determinadas respuestas).

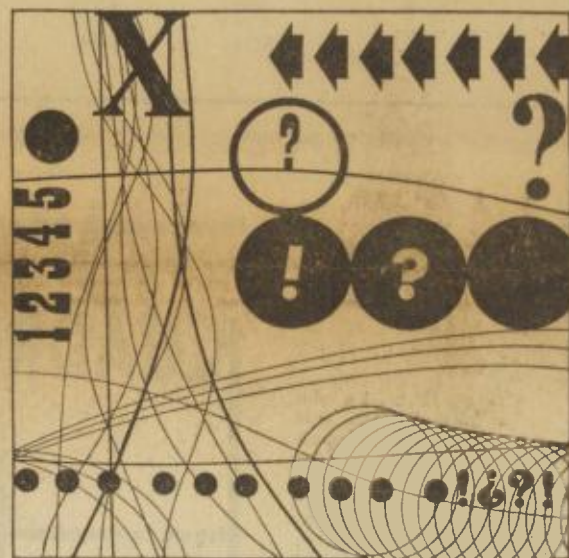
Pero el referéndum postal tiene también muy graves inconvenientes

5 Las deficiencias del método del referéndum postal. El envío de los cuestionarios por correo posee, claramente, indudables ventajas; es mucho más barato (sustituye el coste del entrevistador y el de sus desplazamientos y dietas por el de un sobre y un sello o dos si se envía sobre para respuesta); hace más fácil llegar a cualquier lugar, no importa lo aislado y lo alejado que esté; el entrevistado puede cumplimentar el cuestionario cuando le resulte más cómodo, cuando tenga más tiempo (lo que es importante cuando se trata de una encuesta a profesionales tan cargados de trabajo como los médicos), etc.

a) Las respuestas recibidas representan generalmente un porcentaje muy reducido sobre el total de cuestionarios remitidos. Que no supera, por lo general, el 20 por 100.

b) EL REFERENDUM POSTAL «DEFORMA» LA MUESTRA. Las personas que contestan no son una parte del todo que reproduce fielmente las características del todo, que lo representan. Es ésta, como veremos después, una condición básica para poder válidamente atribuir al todo las actitudes que hemos hallado en la muestra.

PRE-TEST



A los efectos de probar el cuestionario, de averiguar las dificultades posibles, de conocer las reacciones de los entrevistados, de contrastar la inteligibilidad de la redacción de las preguntas, de prever las anomalías, etc., se realizaron cincuenta entrevistas, a razón de diez en cada una de las siguientes provincias: Madrid, Barcelona, Sevilla, Murcia y La Coruña. Las entrevistas se llevaron a cabo en la capital respectiva y en núcleos rurales de los alrededores por los jefes regionales de los equipos de TERPA, S. A., quienes emitieron los correspondientes informes adjuntos a los cuestionarios cumplimentados.

Redacción definitiva del cuestionario y de las instrucciones para los encuestadores

Incorporando las enseñanzas conseguidas a través del pre-test se procedió a la redacción definitiva del cuestionario y a la de las instrucciones específicas para los entrevistadores. A título de ejemplo (y pese a que TERPA, S. A., ha contrastado suficientemente a sus entrevistadores en trabajos anteriores) se les indicó que, con independencia del control de TERPA, S. A., el cliente controlaría la efectiva realización de todas y cada una de las entrevistas.

BRISTACICLINA -16

AHORA EN ENVASES DE 16 GRAGEAS DE 250 mgs.

Más del 80% de las infecciones bacterianas que se dan en la práctica médico-quirúrgica son sensibles a la BRISTACICLINA

MAS DIAS DE TRATAMIENTO POR ENVASE

CUADRO NUMERO 57

Serie «estratos». Pregunta número 81

¿Animaría usted a alguno de sus hijos a estudiar Medicina?

ESTRATOS

	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
Si animaría	49	55	41	48 (182)
No animaría	39	28	47	39 (149)
No sabe o no contesta.	12	17	12	(50)
Total de médicos que tienen hijos.	100 (195)	100 (72)	100 (114)	100 (381)

CUADRO NUMERO 58

Serie «edad». Pregunta número 81

EDAD

	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	Total %
Si animaría		72	61	43	30	30	48 (182)
No animaría		24	33	46	52	37	39 (149)
No se sabe o no contesta		4	6	11	18	33	13 (50)
Total de médicos que tienen hijos...	(0)	100 (50)	100 (110)	100 (100)	100 (67)	100 (54)	100 (381)

CUADRO NUMERO 59

ACTITUD FRENTE AL «NUMERUS CLAUSUS»

	Las Facultades de Medicina deben estar abiertas a todos %	Las Facultades de Medicina deben establecer el «numerus clausus» %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Solteros y casados sin hijos.	35	31	32	33 (192)
Si animaría ...	32	31	29	32 (182)
No animaría ...	24	29	29	26 (149)
No sabe o no contesta	9	9	10	9 (50)
	100 (353)	100 (189)	100 (31)	100 (573)

CUADRO NUMERO 60

FORMA DE EJERCER LA MEDICINA QUE PREFERE

	Ejercicio liberal %	Ejercicio con ingresos mensuales seguros %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Solteros y casados sin hijos.	31	41	27	33 (192)
Si animaría ...	33	26	41	32 (182)
No animaría ...	28	23	23	26 (149)
No sabe o no contesta	8	10	9	9 (50)
	100 (366)	100 (163)	100 (44)	100 (573)

CUADRO NUMERO 61

SISTEMA PREFERIDO PARA EL S. O. E.

	Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas %	Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
Solteros y casados sin hijos.	26	35	29	33 (192)
Si animaría ...	30	32	31	32 (182)
No animaría ...	37	23	37	26 (149)
No sabe o no contesta	7	10	3	9 (50)
	100 (87)	100 (451)	100 (35)	100 (573)

FAMILIAS MEDICAS

La continuidad en la vocación a lo largo de varias generaciones es un fenómeno muy interesante. Vamos a examinarlo con algún detalle a partir de los datos que hemos acumulado en nuestra encuesta.

EL GRUPO DE DOS GENERACIONES CONSECUTIVAS DE MEDICOS

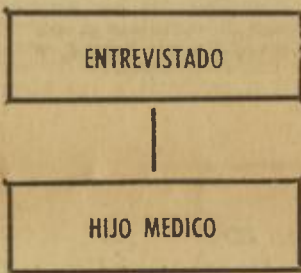
1. Está constituido por:
 a) Aquellos entrevistados que tienen hijo médico sin ser ellos hijo de médico. (40 en total.)
 b) Aquellos entrevistados que no teniendo hijo médico son ellos hijo de médico, pero sin que lo fuera su abuelo paterno. (56 en total.)

Es decir, que entre 573 entrevistados hemos encontrado 96 «familias médicas» de dos generaciones (el 16 por 100).

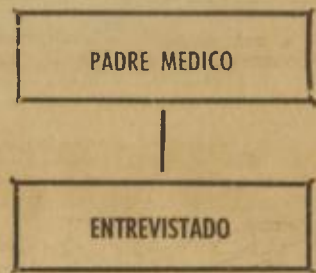
Pero en realidad ese número y el porcentaje correspondiente deben ser ampliados. En efecto, si el grupo a) y el b) podrían ser gráficamente representados así:



a)



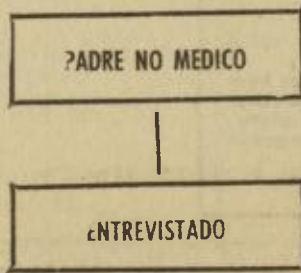
b)



2. podríamos contabilizar también las «familias médicas» por afinidad, es decir, las constituidas por el entrevistado (sin hijo médico) y el padre médico de su mujer (sin que el abuelo paterno de ésta sea médico).



c)

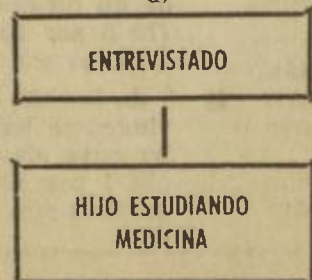


PADRE MEDICO

ESPOSA

3. Hemos encontrado diecisiete casos. Lo que subiría nuestro cómputo de «familias médicas» de dos generaciones a 113. Pero si empleamos este criterio es posible que se modifique la situación del grupo a), como así sucede, siendo preciso restar cuatro casos. Restan en total cien casos. Por último, deberíamos tener en cuenta en este grupo los casos de entrevistados que, sin tener padre médico o suegro médico tienen hijo estudiando medicina. Se trata, desde luego, de familia médica «chacándose», pero sus garantías de «acabarse» son altas. Su gráfico sería:

d)



número de casos es de 22. Lo que nos arroja un total de 131 «familias médicas» de dos generaciones seguidas de médicos (el 23 por 100 del total).

Es decir, uno de cada cuatro médicos pertenece a una «familia médica» con dos generaciones consecutivas de médicos. Es padre de un médico, o es hijo de un médico o tiene un hijo estudiando Medicina, o está casado con una hija de un médico.

EL GRUPO DE TRES GENERACIONES CONSECUTIVAS DE MEDICOS

Está constituido por:

e) Aquellos entrevistados que tienen hijo médico, siendo ellos hijos de médico, pero sin que su abuelo paterno lo fuera (cinco casos).

f) Aquellos entrevistados cuyo padre y cuyo abuelo paterno son médicos y no tienen hijo médico (16 casos).

Veintidós casos en total (el 4 por 100). Sus gráficos serían los siguientes:



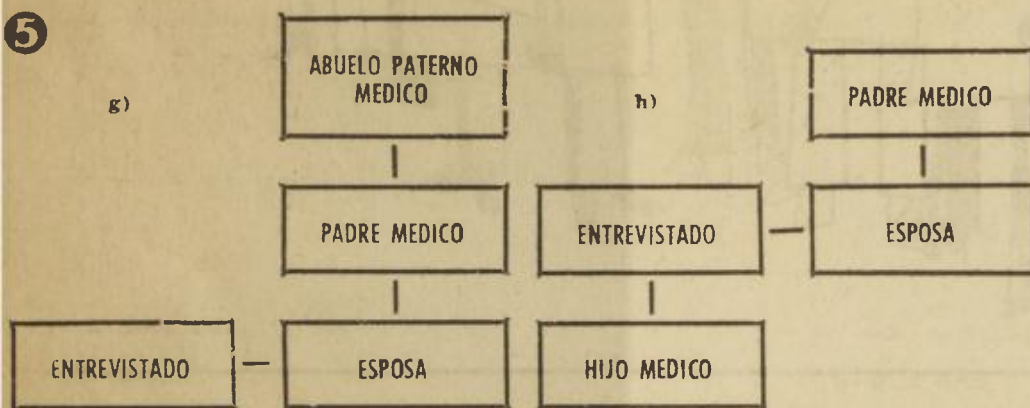
4



A ese número habríamos de añadir las «familias médicas» por afinidad constituidas por el entrevistado no hijo de médico y el padre y el abuelo paterno médicos de su esposa, y por el hijo médico del entrevistado, el entrevistado y el padre médico de la esposa.



5



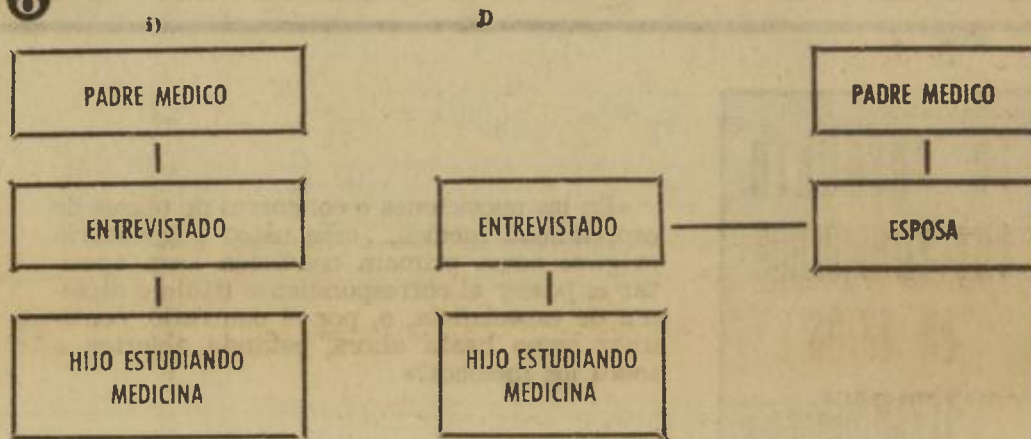
Contamos con un caso tipo g) y uno de tipo h).

Añadimos ahora las «familias médicas» en formación por el hijo estudiando Medicina, tipos i) y j).

8



6



Contamos con cuatro casos tipo i) y con uno tipo j). En resumen: Veintiocho «familias médicas» de tres generaciones seguidas de médicos (el cinco por ciento del total).

Es decir, uno de cada veinte médicos pertenece a una «familia médica» con tres generaciones consecutivas de médicos. Es hijo y nieto de médicos, o es hijo de médico y tiene hijo médico, o está casado con una hija y nieta de médicos.

Resaltamos que dentro de este grupo figura un entrevistado cuyo padre y abuelo paterno son médicos, siéndolo también el padre y el abuelo paterno de la esposa.

EL GRUPO DE CUATRO GENERACIONES CONSECUTIVAS DE MEDICOS

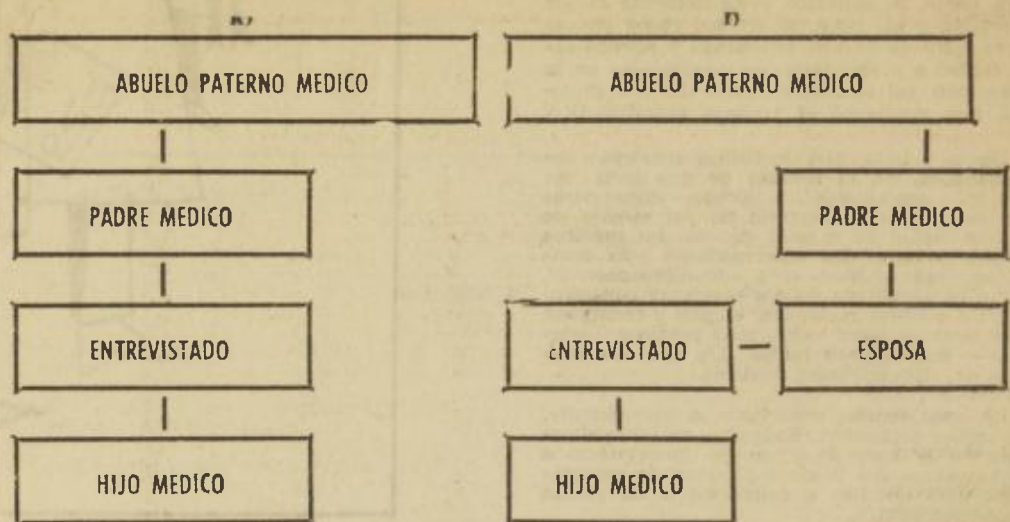
Está constituido por los siguientes tipos:

k) Aquellos entrevistados que, teniendo hijo médico, son, a su vez, hijo y nieto de médicos (dos casos).

l) Aquellos entrevistados que, teniendo hijo médico están casados con hija y nieta de médico (dos casos).



7



Hemos hallado un caso de cada uno de los tipos l) y m). Son iguales a los anteriores, con la diferencia de que el hijo del entrevistado no es médico, sino que está estudiando Medicina.

El caso del tipo m) no puede contabilizarse

separadamente, porque se trata de una familia que ya ha sido contabilizada en el tipo k) (tiene un hijo médico y otro estudiando Medicina).

Y, por último, contamos con un caso que responde a este esquema.



En resumen:

Seis «familias» de cuatro generaciones consecutivas de médicos (el uno por ciento).

Es decir, uno de cada cien médicos pertenece a una «familia médica» con cuatro generaciones consecutivas de médicos. Siendo padre médico o está casado con hija y nieta de médicos o es hijo y nieto de médicos.

QUE SE EXIJA TITULO DE ESPECIALISTA PARA PODER OPOSITAR A PLAZAS DE ESPECIALIDAD

LA PREGUNTA FUE FORMULADA EN ESTOS TERMINOS:

«En las oposiciones o concursos de plazas de especialidad médica, ¿cree usted que debería exigirse como primera condición para opositar el poseer el correspondiente título o diploma de especialista, o, por el contrario, continuar como hasta ahora, estando abiertas a todos los médicos?»

LAS RESPUESTAS FUERON CONTESTADAS LAS SIGUIENTES:

- Dos de cada tres médicos (el 66 por 100) opinaron que debería exigirse el título o diploma de la especialidad correspondiente.
- Uno de cada tres (el 32 por 100) consideró que tales oposiciones o concursos de plazas de especialidad médica deberían seguir abiertas a todos los médicos.

La mayoría, a favor de la especialización previa certificada mediante título o diploma, es neta. Es una tendencia además lógica con la evolución de la Medicina. En efecto, la profesión médica es, probablemente, la que ha experimentado del Renacimiento acá un más claro y acentuado proceso de reconocimiento público de sus importancias, la que ha pasado de una situación confusa, en la que se mezclan «físicos», «curanderos», «barberos» y «cirujanos», a una situación en la que la profesión médica reglada, jerarquizada, colegiada y, en fin, organizada alcanza un alto grado de prestigio en la colectividad. La sociedad del siglo XX es consciente de que debe a la profesión médica un fantástico alargamiento de su esperanza de vida, una disminución espectacular de la mortalidad general y, lo que es quizá más «sensible» (en el doble sentido de evidente para los sentidos y de susceptible de impresionar fuertemente la emotividad), de la mortalidad infantil. Los hombres y las mujeres de la segunda mitad del siglo XX saben que deben a los médicos la erradicación de epidemias, la recuperación de muchos considerados hasta casi ayer como «incurables», la disminución en definitiva de gran parte de sufrimientos que han aquejado hasta ahora a los hombres.

Pero esta situación no se ha logrado sin que sobre el proceso consiguiente actuasen dos fuerzas o dos «corrientes» sociales de irresistible potencia: de un lado la necesidad técnica de una especialización, de una diversificada intensidad en el conocimiento de campos cada vez más complejos y más sectorialmente reducidos. Necesidad que, por otra parte, se satisface evidentemente mejor (para la gran mayoría de los casos pensables) a través de una enseñanza y aprendizaje reglados y programados y reflejados en la obtención del correspondiente título o diploma que mediante el trabajo autodidáctico.

De otro lado, una fortísima corriente socializadora, en el sentido de que cada vez son más conscientes los pueblos (entre otras razones por el desarrollo de los medios de comunicación de masas) de que los médicos «pueden» curar las enfermedades más complejas, más sutiles, más «desesperadas». Y, como consecuencia de esa creciente conciencia, los pueblos reclaman, exigen y consiguen más médicos para todos, más médicos —además— más especializados. De ahí la creación de especialidades médicas.

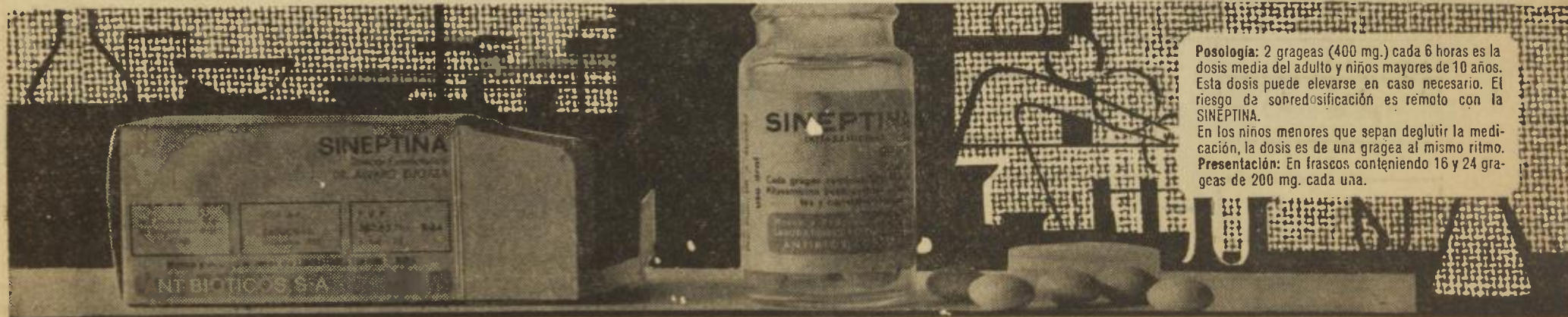
La confluencia, consciente o inconsciente, de ambas profundas tendencias en los médicos está en la base de su apoyo mayoritario a la exigencia del título o diploma de especialista para opositar o concursar a las plazas correspondientes.



NUEVO ANTIBIOTICO

PRACTICAMENTE SIN TOXICIDAD Y DE ESPECTACULARES RESULTADOS

SINEPTINA*



Posología: 2 grageas (400 mg.) cada 6 horas es la dosis media del adulto y niños mayores de 10 años. Esta dosis puede elevarse en caso necesario. El riesgo de sobredosisificación es remoto con la SINEPTINA.
 En los niños menores que sepan deglutir la medicación, la dosis es de una gragea al mismo ritmo.
 Presentación: En frascos conteniendo 16 y 24 grageas de 200 mg. cada una.



CUADRO NUMERO 62

Serie «estratos». Pregunta número 12

En las oposiciones o concursos de plazas de especialidad médica, ¿cree usted que debería exigirse como primera condición para opositar el poseer el correspondiente título o diploma de especialista o, por el contrario, continuar como hasta ahora, estando abiertas a todos los médicos?

ESTRATOS

	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
Debería exigirse el título de especialista	71	68	53	66 (378)
Deben seguir estando abiertas a todos los médicos... ..	28	31	44	32 (186)
No sabe o no contesta	1	1	3	2 (9)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

Las cifras entre paréntesis indican el número de entrevistas, en base a las cuales se han calculado los porcentajes de la columna respectiva. En la columna de «Totals», dichas cifras entre paréntesis indican el número de respuestas favorables a cada una de las alternativas de la pregunta de que se trata. Lo mismo, naturalmente, en todos los cuadros que se publican.

● A MEDIDA QUE AUMENTA EL VOLUMEN DE LA POBLACION EN QUE RESIDE EL MEDICO AUMENTA EL PORCENTAJE DE LOS MEDICOS QUE CREEN QUE DEBERIA EXIGIRSE EL TITULO O DIPLOMA DE ESPECIALISTA PARA OPOSITAR A PLAZAS DE ESPECIALIDAD MEDICA

El cuadro 62 nos muestra cómo los médicos residentes en el estrato metropolitano son más partidarios de la exigencia del diploma o título de especialista que los residentes en el estrato urbano y éstos más que los rurales.

En efecto, la ordenación de los estratos por el porcentaje a favor o en contra de tal exigencia es, según el citado cuadro 62, como sigue:

ESTRATOS

1.° Metropolitano	71
2.° Urbano	68
3.° Rural	53

Porcentaje que cree que debería exigirse el título o diploma

ESTRATOS

1.° Rural	44
2.° Urbano	31
3.° Metropolitano	28

Porcentaje que cree que NO debería exigirse el título o diploma

● A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD, DISMINUYE EL PORCENTAJE DE MEDICOS QUE CREEN NECESARIA LA EXIGENCIA DE TITULO O DIPLOMA DE ESPECIALISTA.

Con la excepción de los menores de veinticinco años, la tendencia es absolutamente clara (cuadro 63).

GRUPOS DE EDAD

1.° De 25 a 34 años	72
2.° De 35 a 44 años	66
3.° De 45 a 54 años	65
4.° De 55 a 64 años	63
5.° De 65 y más años	59

Porcentaje que cree que debería exigirse el título o diploma

● LOS SOLTEROS SON MAS PARTIDARIOS DE LA EXIGENCIA DEL TITULO Y DIPLOMA DE ESPECIALISTA QUE LOS CASADOS Y VIUDOS.

Así lo muestra el cuadro 65, en el que se advierte un 68 por 100 de los solteros partidarios de exigir el título o diploma de especialista para poder opositar o concursar a plazas de especialidad médica frente a un 65 por 100 de los casados y a un 50 por 100 de los viudos.

Las mujeres médico (véase cuadro 64) son más partidarias que los hombres de esa exigencia.

CUADRO NUMERO 65

Serie «estado civil». Pregunta número 12

EDAD

	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	TOTAL %
Debería exigirse el título de especialista.	60	72	66	65	63	59	66 (378)
Deben seguir estando abiertas a todos los médicos	33	28	33	33	35	38	32 (186)
No sabe o no contesta	7	1	1	2	2	3	2 (9)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

CUADRO NUMERO 64

Serie «sexo». Pregunta número 12

SEXO

	HOMBRES %	MUJERES %	TOTAL %
Debería exigirse el título de especialista	65	88	66 (378)
Deben seguir estando abiertas a todos los médicos	33	12	32 (186)
No sabe o no contesta	2		2 (9)
	100 (557)	100 (116)	100 (573)

CUADRO NUMERO 63

Serie «edad». Pregunta número 12

ESTADO CIVIL

	SOLTERO %	CASADO %	VIUDO %	TOTAL %
Debería exigirse el título de especialista	68	65	50	66 (378)
Deben seguir estando abiertas a todos los médicos	30	33	50	32 (186)
No sabe o no contesta	2	2		2 (9)
	100 (139)	100 (424)	100 (10)	100 (573)

CUADRO NUMERO 66

Serie «ejercicio». Pregunta número 12

	En ejercicio, con plena dedicación %	En ejercicio, sin de dedicación primordial %	No ejercen, pero ejercieron %	Ni ejercen ni han ejercido %	TOTAL %
Debería exigirse el título de especialista	66	45	71	66	66 (378)
Deben seguir estando abiertas a todos los médicos	32	35	29	17	32 (186)
No sabe o no contesta	2			17	2 (9)
	100 (535)	100 (11)	100 (21)	100 (6)	100 (573)

POR GRAN MAYORIA LOS MEDICOS SON PARTIDARIOS DE LA APLICACION EN ESPAÑA DE LOS ACUERDOS DEL TRATADO DE ROMA

El Tratado de Roma constituye ya un hito de la historia europea que es imposible desconocer. Con aciertos y errores, con aceleraciones y «desaceleraciones», con mezcla de generosidades y mezquindades, con éxitos y fracasos, la Comunidad Económica Europea ha modificado, está modificando y modificará a Europa y, por reflejo y repercusión, al mundo. Son múltiples los aspectos de la vida europea sobre los que el Tratado de Roma ha proyectado sus luces y sus sombras: las naranjas y los tractores, el trigo y los rodamientos a bolas, los seguros y las lechugas, su producción, su venta y su consumo han sido y son afectados por él. Y también el trabajo de los europeos y las condiciones en que se realiza.

Una de las figuras profesionales, consecuencia de las aplicaciones del Tratado de Roma, es la llamada «médico europeo». En síntesis supone que el médico que posea alguna de las nacionalidades de la comunidad y que posea el título de licenciado en Medicina por una de sus universidades podrá

ejercer libremente en cualquiera de los países de la comunidad cumpliendo los requisitos reglamentarios correspondientes.

¿Cuál es la actitud de los médicos españoles ante esta nueva modalidad de ejercicio de la Medicina en Europa? La contestación a esta pregunta puede arrojar una luz interesante sobre dos sugestivos hechos de problemas:

● El grado de adhesión de los médicos españoles a una forma de ejercicio de su profesión que supera las fronteras nacionales

● El grado de adhesión de un grupo de profesionales españoles (los médicos) a la integración de España en una Europa unida, manifestado por su aceptación o no del riesgo directo para que su ejercicio profesional suponga tal integración.

Por todo ello hemos formulado a los entrevistados la siguiente pregunta:

«El Tratado de Roma, que dió origen al Mercado Común Europeo, establece la figura del «médico europeo» que podrá ejercer libremente en cualquiera de los países de la comunidad, siempre que tenga la nacionalidad de uno de ellos y posea el título por una de sus universidades. En el supuesto de que España ingresara en el Mercado Común Europeo y se aplicaran a España los acuerdos relativos al «médico europeo», ¿estaría usted a favor o en contra de esa aplicación?»

LAS RESPUESTAS SE AGRUPAN ASI:

- Ochenta y seis de cada cien (el 86 %), a favor.
- Ocho de cada cien (el 8 %), en contra.
- Seis de cada cien (el 6 %) no contesta.

La mayoría a favor de la aplicación de los acuerdos sobre el «médico europeo» en España es, como se ve, abrumadora.

- LOS MEDICOS RESIDENTES EN EL ESTRATO URBANO ESTAN ALGO MAS A FAVOR DE LA APLICACION A ESPAÑA DE LOS ACUERDOS SOBRE EL «MEDICO EUROPEO» QUE LOS METROPOLITANOS, Y ESTOS, MAS QUE LOS RURALES

En efecto, el cuadro 67 nos muestra que los porcentajes «a favor» son iguales en el estrato urbano y en el metropolitano (el 88 por 100). Pero en el estrato urbano, el porcentaje «en contra» es sólo el 6 por 100, frente al 8 por 100 en el metropolitano. Por otra parte, los médicos rurales presentan un 80 por 100 a favor, y un 11 por 100 en contra.

- A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD DISMINUYE EL PORCENTAJE DE MEDICOS A FAVOR DE LA APLICACION A ESPAÑA DE LOS ACUERDOS SOBRE EL «MEDICO EUROPEO».

El cuadro 68 refleja una clara tendencia. Cuanto menor es la edad más alto es el porcentaje a favor de la aplicación a España de los acuerdos sobre el «médico europeo». La clasificación de los grupos de edad, ordenados de mayor a menor porcentaje «a favor» es como sigue:

CUADRO NUMERO 67

Serie «estratos». Pregunta número 21

El Tratado de Roma, que dió origen al Mercado Común Europeo, establece la figura del «médico europeo», que podrá ejercer libremente en cualquiera de los países de la Comunidad siempre que tenga la nacionalidad de uno de ellos y posea el título por una de sus universidades. En el supuesto de que España ingresara en el Mercado Común Europeo y se aplicaran a España los acuerdos relativos al «médico europeo», ¿estaría usted a favor o en contra de esa aplicación?

ESTRATOS

	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	Total %
A favor	88	88	80	86 (492)
En contra	8	6	11	8 (48)
No sabe o no contesta	4	6	9	6 (33)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

Las cifras entre paréntesis indican el número de entrevistas, en base a las cuales se han calculado los porcentajes de la columna respectiva. En la columna de «Totales», dichas cifras entre paréntesis indican el número de respuestas favorables a cada una de las alternativas de la pregunta de que se trata. Lo mismo, naturalmente, en todos los cuadros que se publican.

CUADRO NUMERO 68

Serie «edad» Pregunta número 21

EDAD

	Menos de 25 años %	De 25 a 34 años %	De 35 a 44 años %	De 45 a 54 años %	De 55 a 64 años %	De 65 y más años %	TOTAL %
A favor	93	89	89	83	82	80	86 (492)
En contra	7	3	8	12	8	14	8 (48)
No sabe o no contesta		8	3	5	10	6	6 (33)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

CUADRO NUMERO 69

Serie «sexo». Pregunta número 21

SEXO

	HOMBRES %	MUJERES %	TOTAL %
A favor	86	88	86 (492)
En contra	8	12	8 (48)
No sabe o no contesta	6		6 (33)
	100 (557)	100 (16)	100 (573)

Porcentaje a favor de la aplicación a España de los acuerdos sobre el «médico europeo».

GRUPOS DE EDAD	Porcentaje a favor
1.º Menos de 25 años	93
2.º De 25 a 34 años	89
3.º De 35 a 44 años	89
4.º De 45 a 54 años	83
5.º De 55 a 64 años	82
6.º De 65 y más años	80

Los tres grupos de edad más baja tienen pues porcentajes «a favor» más altos que la totalidad (86 por 100) y los tres grupos de edad más alta porcentajes más bajos.

Las mujeres (véase cuadro 69) son más «europeístas» en este aspecto que los hombres. Y, según el cuadro 70 lo son más los médicos en ejercicio que los jubilados y que los médicos que ejercen sin dedica-

ción primordial, pero todos son superados por los estudiantes de sexto curso de Medicina.

El cuadro 71 nos subraya que los médicos partidarios de la presencia numerosa de estudiantes iberoamericanos en las Facultades españolas de Medicina son algo más «europeístas» (87 por 100) que los contrarios a esa presencia (83 por 100).

LAS RAZONES ALEGADAS A FAVOR O EN CONTRA DE LA APLICACION A ESPAÑA DE LOS ACUERDOS SOBRE EL «MÉDICO EUROPEO».

Vienen reflejadas en los cuadros 72 y 73. Examinemos primero las razones «a favor». Pueden agruparse así:

A) Los médicos que para justificar su posición favorable a la aplicación de los acuerdos sobre el «médico europeo» alegan razones referentes a las modificaciones favorables de las condiciones del ejercicio de la profesión.

Casi la mitad del total de los entrevistados (el 45 por 100) están «a favor» por este grupo de razones. Dentro de ese grupo se distinguen matices:

● Los médicos que creen que de aplicarse esos acuerdos «habría más campo de acción» (el 35 por 100). Uno de cada tres médicos españoles está a favor de la figura del «médico europeo», porque así cree que se ensancharía su posible campo de ejercicio profesional a la extensión de la comunidad europea. Son los médicos que ante la integración española en Europa «ven» antes las posibilidades que a ellos les abriría en Europa que la redoblada competencia que sus colegas europeos les plantearían en España.

● Un segundo grupo (el 7 por 100) se plantea ante todo esa competencia, pero la considera un factor positivo, y así razona su postura «a favor» indicando que «habría más estímulo y prestigio».

● Un tercer grupo (el 3 por 100) contempla también ante todo la ampliación del campo de acción profesional, pero matizándolo como mayor oportunidad para los médicos jóvenes.

B) Uno de cada cinco médicos (el 21 por 100 del total) están a favor de la aplicación a España de la figura del «médico europeo», porque la Medicina es universal y no reconoce fronteras.

C) Un tercer grupo, más reducido, es el de los «europeístas» explícitos (el 7 por 100).

Un 5 por 100 de los médicos españoles (uno de cada veinte) alega como razón de su postura «a favor» que «sería un paso hacia la unidad europea». En estos médicos su adhesión al ideal de una Europa unida es la motivación de su adhesión a los acuerdos que configuran el ejercicio profesional de la Medicina de forma congruente con el marco de una comunidad europea.

Un 2 por 100 matizan su postura al indicar que hay que aceptar el Mercado Común y que hay que aceptarle en bloque; consecuentemente hay que aceptar la figura del «médico europeo».

D) Por último, un 2 por 100 (uno de cada cincuenta) de los médicos españoles está a favor, porque ello obligaría a la Universidad española a mejorar.

LAS RAZONES DE LOS QUE ESTAN EN CONTRA

El aumento de la competencia que implicaría la posibilidad de ejercicio de médicos europeos en España. Así lo dicen («aumentaría la competencia») el 4 por 100 de los entrevistados.

Un 2 por 100 expresa la misma idea con un matiz diferente: «Somos ya demasiados.»

LAS RAZONES ALEGADAS, SEGUN LA EDAD Y EL ESTRATO DE RESIDENCIA

Las variaciones introducidas por el estrato de residencia que más resaltan son: el hecho de que los «europeístas puros» (los que alegan como razón el que «sería un paso para la unidad europea») son más numerosos en el estrato metropolitano (8 por 100) que en el urbano (4 por 100) y que en el rural (1 por 100). Y el que la razón del «mayor campo de acción» sea más valorada (por el 38 por 100) en el estrato urbano y en el rural (36 por 100) que en el metropolitano.

Con respecto a la influencia de la edad resaltamos que los más «europeístas» en el sentido hace poco empleado son los médicos de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años, también con el 8 por 100, que formula como razón el que «sería un paso hacia la unidad europea».

La razón de la ampliación del campo profesional es más citada en el grupo de menos de veinticinco años (por el 54 por 100) y en los de treinta y cinco a cuarenta y cinco años (por el 39 por 100).

La del carácter universal de la Medicina obtiene sus mayores porcentajes (23 por 100) en el grupo de veinticinco a treinta y cuatro años y en el sesenta y cinco y más. Que es también el más «temeroso» del aumento de la competencia (el 9 por 100).

CUADRO NUMERO 70

	EJERCICIO				TOTAL %
	En ejercicio con plena dedicación %	En ejercicio sin dedicación primordial %	No ejercen, pero ejercieron %	Ni ejercen ni han ejercido %	
A favor	87	82	62	100	86 (492)
En contra	7	9	33		8 (48)
No sabe o no contesta	6	9	5		6 (33)
	100 (535)	100 (11)	100 (21)	100 (6)	100 (573)

CUADRO NUMERO 71

ACTITUDES FRENTE A LA PRESENCIA NUMEROSA DE ESTUDIANTES HISPANOAMERICANOS EN FACULTADES DE MEDICINA DE ESPAÑA

	Es conveniente y ventajosa %	No es conveniente ni ventajosa %	No sabe o no contesta %	TOTAL %
	A favor	87	83	4
En contra	8	9	7	8 (48)
No sabe o no contesta	5	8	9	6 (33)
	100 (390)	100 (125)	100 (8)	100 (573)

CUADRO NUMERO 72

Serie «estratos». Pregunta número 22

¿Por qué está usted a favor o en contra, en su caso, de la aplicación a España de los acuerdos relativos al «médico europeo»?

ESTRATOS

	METROPOLITANO %	URBANO %	RURAL %	TOTAL %
	No sabe o no contesta	20	13	20
A FAVOR				
La Medicina es universal, no reconoce fronteras	19	25	22	21 (119)
Habría más campo de acción	34	38	36	35 (200)
Habría más estímulo y prestigio	9	4	5	7 (42)
Habría más probabilidad para médicos jóvenes	2	4	4	3 (16)
Mejoraría la Universidad	1	5	1	2 (12)
Hay que aceptar Mercado Común en bloque	1	3	3	2 (12)
Sería un paso hacia la unidad europea	8	4	1	5 (30)
EN CONTRA				
Aumentaría la competencia	4	3	7	4 (25)
Somos ya demasiados	2	1	1	2 (9)
	100 (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

CUADRO NUMERO 73

Serie «edad». Pregunta número 22

EDAD

	Menos de 25 años %	De 25 a 34 %	De 35 a 44 %	De 45 a 54 %	De 55 a 64 %	De 65 y más %	TOTAL %
	No sabe o no contesta	13	19	15	19	24	22
A FAVOR							
La Medicina es universal, no reconoce fronteras	13	23	19	11	21	23	21 (119)
Habría más campo de acción	54	32	39	33	39	28	35 (200)
Habría más estímulo y prestigio	13	10	7	7	1	9	7 (42)
Habría más probabilidad para médicos jóvenes		5	2	3	2	1	3 (16)
Mejoraría la Universidad		3	3	2	1		2 (12)
Hay que aceptar el Mercado Común en bloque		1	1	4	4	1	2 (12)
Paso hacia la unidad europea		5	8	6	1	4	5 (30)
EN CONTRA							
Aumentaría la competencia		1	4	7	5	9	4 (25)
Somos ya demasiados	7	1	2		2	3	2 (9)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

RESULTADOS GLOBALES Y DATOS DE ESTRUCTURA



● Como resumen del análisis detallado de cada uno de los resultados de la encuesta reproducimos aquí los resultados globales y algunos datos básicos de estructura.

● Creemos conveniente proporcionar una visión de conjunto de las actitudes de los médicos españoles conocidas a través de la encuesta. Para ello:

- a) Reproducimos el texto literal de la pregunta que fué formulada a los encuestados.
- b) Reseñamos el número de respuestas que fué registrado para cada una de las alternativas propuestas, explícitamente o no, a cada pregunta y el porcentaje que cada grupo de respuestas representa sobre el total.

● La distribución de los encuestados según el lugar de residencia, el sexo, la edad y la intensidad del ejercicio de la profesión, que han jugado como variables independientes en el análisis detallado. Por ello se incluyen también ahora.

RESULTADOS GLOBALES

● De las dos maneras de ejercer la Medicina: ejercicio liberal, con la incertidumbre e inseguridad de que acudan o no enfermos a su consulta, pero con mayor estímulo y posibilidad de prestigio; ejercicio con ingresos mensuales seguros atendiendo a un grupo determinado de personas, ¿cuál prefiere usted?

	Núm. de respuestas	%
1. Ejercicio liberal	366	64
2. Ejercicio con ingresos mensuales seguros	163	28
3. No sabe o no contesta	44	8
	573	100

¿Por qué?

Las razones que dan en apoyo de su opinión los que prefieren el ejercicio liberal son que:

	Núm. de respuestas	%
- El ejercicio liberal supone un mayor estímulo personal	140	24
- El ejercicio liberal permite una mejor relación médico-enfermo	75	13
- La Medicina ha sido siempre una profesión liberal en la que el propio ejercicio permite la selección de los mejor preparados	117	21
- El ejercicio liberal proporciona más prestigio a los que lo merecen	11	2

Las razones que dan en apoyo de su opinión los que prefieren el ejercicio con ingresos mensuales seguros son que:

	Núm. de respuestas	%
- El médico debe tener una compensación mínima por el esfuerzo realizado al cursar su carrera	7	1

- Es necesario tener el porvenir asegurado	70	12
- Proporciona una mejor dedicación y mejores medios de trabajo	39	7
- Son ventajas (los ingresos mensuales seguros) que tienen ya todos los trabajadores	29	5
- Varias	10	2
- No sabe o no contesta	75	13
	573	100

● En el S. O. E., actualmente se cobra una cantidad fija por cartilla y se tiene asignado un número determinado de cartillas. ¿Cree usted preferible ese sistema o, por el contrario, cree que sería preferible el del pago de una cantidad por acto médico con la libre elección de médico por el enfermo?

	Núm. de respuestas	%
1. Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas	87	15
2. Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo	451	79
3. No sabe o no contesta	35	6
	573	100

¿Por qué?

Las razones que dan en apoyo de su opinión los que prefieren para el S. O. E. el sistema de cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo son que:

	Núm. de respuestas	%
- El enfermo tiene derecho a elegir su médico	73	13
- Supone un mayor estímulo para el médico	111	19
- Facilita una mejor relación médico-enfermo	127	22
- Resultaría mejor económicamente para el médico	42	7
- La Medicina ha sido siempre una profesión liberal	47	8
- En enfermo estaría mejor atendido	26	5

Las razones que dan en apoyo de su opinión los que prefieren para el S. O. E. el sistema de «cantidad por cartilla y número determinado de cartillas» son que:

	Núm. de respuestas	%
- El otro sistema facilita los abusos debido a la falta de preparación cultural de los enfermos	14	2
- Es difícil organizar bien el sistema de pago por acto médico	17	3
- Varias	20	4
- No sabe o no contesta	96	17
	573	100

● ¿Desea usted que se establezca el Ministerio de Sanidad?

	Núm. de respuestas	%
1. Sí	550	96
2. No	17	3
3. No sabe o no contesta	6	1
	573	100

¿Por qué?

Las razones citadas por los médicos por las que desean que se establezca un Ministerio de Sanidad son:

	Núm. de respuestas	%
— Por el prestigio de la clase médica	38	7
— Porque se resolverían más fácilmente los problemas médicos	128	22
— Porque mejoraría la situación sanitaria del país ...	83	14
— Porque unificaría muchos organismos hoy desconectados	200	35
— Por las cuatro razones anteriores conjuntamente ...	96	17
— Por las tres últimas de las razones antes indicadas conjuntamente	2	X (-1%)
— No sabe o no contesta o no desean que se establezca el Ministerio de Sanidad	26	5
	573	100

En el supuesto de que se creara un Ministerio de Sanidad, cree usted que el ministro debería ser...?

	Núm. de respuestas	%
1. Un médico que esté en ejercicio	134	23
2. Un médico simplemente	112	20
3. Un médico que haya ejercido si no lo hace en el momento de nombrarle	88	15
4. Un médico experto en organización	1	X (-1%)
5. Un médico experto en problemas de Sanidad	10	2
6. Un médico experto en organización y en problemas de Sanidad	7	1
7. Un experto en problemas de Sanidad aunque no sea médico	107	19
8. Un buen organizador, aunque no sea médico ni experto en problemas de Sanidad	94	16
9. Un buen organizador, experto en problemas de Sanidad	4	1
10. No sabe o no contesta	16	3
	573	100

Doctor, ¿con cuál de estas dos afirmaciones está usted de acuerdo?

	Núm. de respuestas	%
1. Las Facultades de Medicina deben conceder el ingreso en ellas a todos los estudiantes que posean una preparación inicial suficiente	353	62
2. Las Facultades de Medicina deben establecer el «numerus clausus», es decir, no conceder el ingreso en ellas más que a un número previamente fijado ...	189	33
3. No sabe o no contesta	31	5
	573	100

¿Por qué?

Las razones que dan en apoyo de su opinión los que opinan a favor del ingreso no limitado en las Facultades de Medicina son las siguientes:

	Núm. de respuestas	%
— Lo exige así el principio de igualdad de oportunidades	193	34
— No se puede impedir la realización de vocación de cada uno	37	6
— La Medicina es una profesion liberal	91	16
— Faltan médicos	9	2

Las razones que dan en apoyo de su opinión los que opinan a favor del «numerus clausus» son:

	Núm. de respuestas	%
— Que sobran médicos	77	13
— Que los alumnos aprenderían más y mejoraría la Universidad	40	7
— Que permitiría una mejor selección	42	7
— Que es un sistema mas adecuado a las necesidades del país	19	3
— Varias	9	2
— No sabe o no contesta	56	10
	573	100

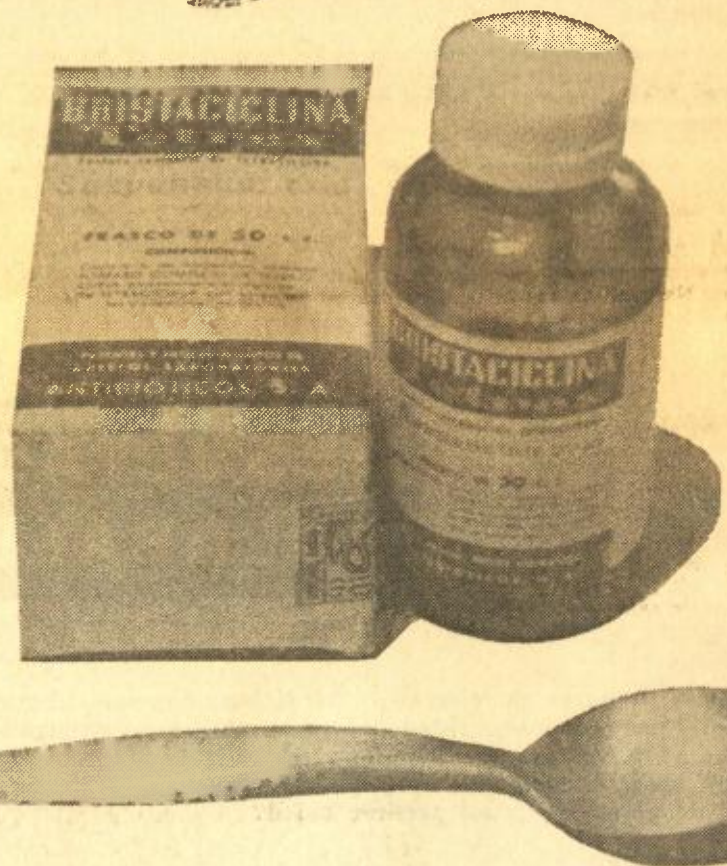
Doctor, son varios miles los hispanoamericanos que cursan estudios de Medicina en España. ¿Cree usted que esa numerosa presencia hispanoamericana es conveniente y ventajosa para España?

	Núm. de respuestas	%
1. Sí	390	68
2. No	125	22
3. No sabe o no contesta	58	10
	573	100

¿Por qué?

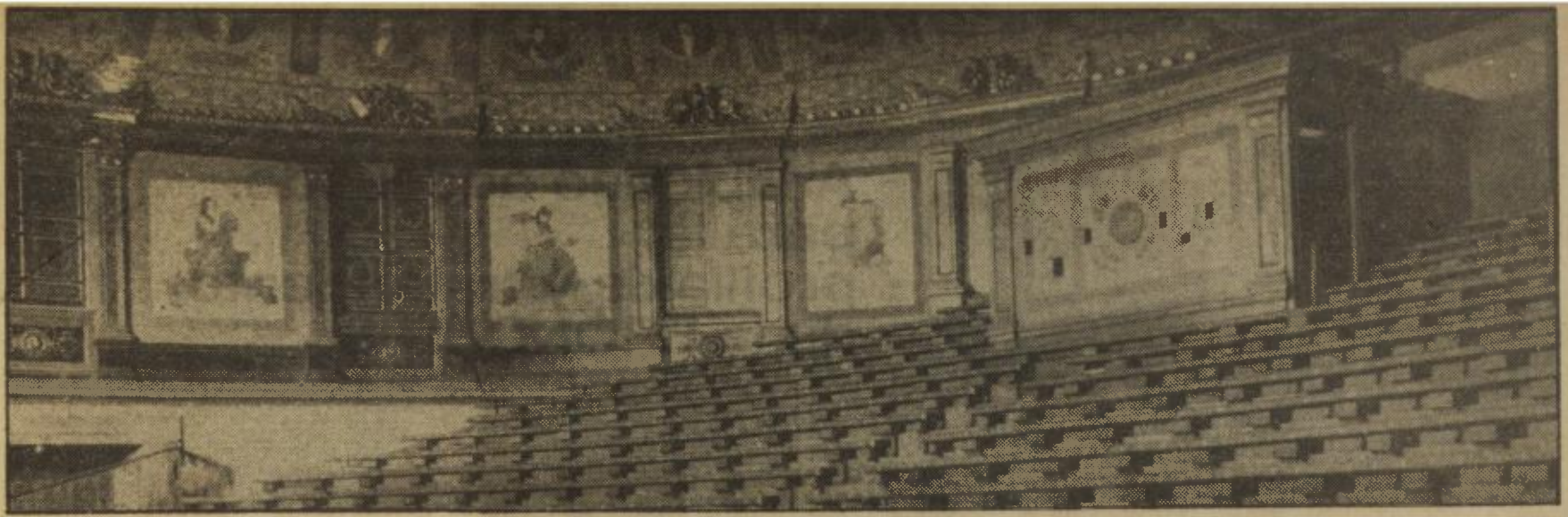
Razones a favor:

	Núm. de respuestas	%
— No sabe o no contesta o contestó opinando en contra de la presencia numerosa de estudiantes hispanoamericanos en las Facultades de Medicina españolas	228	40
— Proporciona prestigio a la Universidad española	57	10
— Es un medio para que se conozca lo bueno de la Me-		



BRISTACICLINA TETREX es de fácil y cómoda administración por vía oral, y por su agradable sabor de enorme interés en Pediatría y Medicina General.

BRISTACICLINA TETREX



aula magna de la antigua Facultad de Medicina de Madrid.

Medicina española	57	10
- El intercambio universitario siempre es bueno	40	7
- Permite estrechar lazos entre nuestros países y abrir campos de acción para los médicos españoles	55	10
- Es una obligación de la madre patria	32	5
- Contribuye a la proyección universal de la comunidad hispánica	39	7
- Aportan divisas	6	1
- Nos da prestigio	50	9
- Varios	9	1
	573	100

¿Por qué?

Razones en contra:

	Núm. de respuestas	%
- No sabe o no contesta o contestó a favor de la presencia numerosa de estudiantes hispanoamericanos en las Facultades de Medicina españolas	492	81
- Los estudiantes que vienen son los peores	9	2
- No hay sitio	43	7
- Quitar sitio a los españoles	23	4
- No aportan nada	10	2
- Se les da trato de favor	10	2
- Perjudican el prestigio de la Universidad española	7	1
- El nivel intelectual es inferior al de los españoles y estudian menos	9	1
	573	100

¿Tiene usted algún hijo médico o que estudie Medicina?

	Núm. de respuestas	%
1. Solteros y casados sin hijos	192	33
2. Tienen hijo médico	47	8
3. Tiene hijo estudiando Medicina	29	5
4. Tienen hijo que estudiaba Medicina y lo dejó	3	1
5. Ninguno de sus hijos es médico ni estudia Medicina	247	43
6. No contestan	55	10
	573	100

¿Animaría usted a alguno de sus hijos a estudiar Medicina?

	Núm. de respuestas	%
1. Solteros y casados sin hijos	192	33
2. Sí	182	32
3. No	149	26
4. No sabe o no contesta	50	9
	573	100

● En las oposiciones o concursos de plazas de especialidad médica, ¿cree usted que debería exigirse como primera condición para optar el poseer el correspondiente título o diploma de especialista, o, por el contrario, continuar como hasta ahora, estando abiertas a todos los médicos?

	Núm. de respuestas	%
1. Debería exigirse el título de especialista	378	66
2. Deben seguir estando abiertas a todos los médicos	186	32
3. No sabe o no contesta	2	9
	573	100

● El Tratado de Roma que dió origen al Mercado Común Europeo establece la figura del «médico europeo», que podrá ejercer libremente en cualquiera de los países de la Comunidad, siempre que tenga la nacionalidad de uno de ellos y posea el título por una de sus universidades.

En el supuesto de que España ingresara en el Mercado Común Europeo y se aplicaran a España los acuerdos relativos al «médico europeo», ¿estaría usted a favor o en contra de esa aplicación?

	Núm. de respuestas	%
1. A favor	492	86
2. En contra	48	8
3. No sabe o no contesta	31	6
	573	100

¿Por qué?

Las razones que dan en apoyo de su opinión los que opinan a favor de la aplicación a España de los acuerdos que concluyen en la configuración del «médico europeo» son que:

	Núm. de respuestas	%
- La Medicina es universal y no reconoce fronteras	108	19
- Habría un mayor campo de acción para los médicos españoles	119	21
- Habría más estímulo y posibilidades de prestigio para los médicos españoles	200	35
- Habría más posibilidades para los médicos jóvenes	42	7
- Mejoraría la Universidad	16	3
- Hay que aceptar el Mercado Común en bloque	12	2
- Constituiría un paso hacia la unidad europea	30	5

RAZONES EN CONTRA

	Núm. de respuestas	%
- Aumentaría la competencia	25	4
- Somos ya demasiados médicos en España	9	2
	573	100

DATOS ESTRUCTURALES: RESUMEN DE DISTRIBUCION DE LOS ENCUESTADOS

1. POR EL VOLUMEN DE LA POBLACION DEL LUGAR DE RESIDENCIA

	N.º de encuestados	%
1. Estrato metropolitano. (Residentes en municipios de 100.000 o más habitantes en el censo de 1960)	319	55
2. Estrato urbano. (Residentes en municipios con más de 10.000 y menos de 100.000 habitantes)	100	19
3. Estrato rural. (Residentes en municipios con menos de 10.000 habitantes)	148	26
	573	100

2. POR EL SEXO

	N.º de encuestados	%
1. Varones	557	97
2. Mujeres	16	3
	573	100

3. POR LA EDAD

	N.º de encuestados	%
1. Menores de 25 años	15	3
2. De 25 a 34 años	146	25
3. De 35 a 44 años	145	25
4. De 45 a 54 años	113	20
5. De 55 a 64 años	85	15
6. De 65 años y más	69	12
	573	100

4. POR EL ESTADO CIVIL

	N.º de encuestados	%
1. Solteros	139	24
2. Casados	424	74
3. Viudos	10	2
	573	100

5. POR EL EJERCICIO DE LA PROFESION

	N.º de encuestados	%
1. Ejercen la Medicina	535	93
2. Ejercen la Medicina, pero sin dedicación primordial a ella	11	2
3. No ejercen, pero han ejercido	21	4
4. Ni ejercen ni han ejercido	6	1
	573	100

EL TRABAJO DE CAMPO

Preparación de las entrevistas

El director general de TERPA, S. A., dirigió una carta personal a cada uno de los doctores cuyos nombres habían resultado elegidos según el método antes descrito. En esta carta explicaba la finalidad de la encuesta, el método seguido, y solicitaba la colaboración en el estudio, anunciando la visita del entrevistador.

Trabajo de campo

Los equipos regionales de TERPA, S. A., visitaron a los médicos componentes de la muestra para la realización de la entrevista. Esta era so-

licitada previamente por teléfono e intentada personalmente hasta tres veces, y en algunos casos, más. En los casos fallidos por errores en la dirección, enfermedad, viajes, traslado o negativa absoluta, los entrevistadores aplicaban el método preestablecido para la sustitución. Las entrevistas se realizaron durante los meses de mayo y junio de 1967. Se recorrieron 24.673 kilómetros por carretera, aparte de los viajes por ferrocarril y avión.

Las entrevistas realizadas y error máximo probable

El director general de

TERPA, S. A., dió por finalizado el trabajo de campo cuando se contaban 573 entrevistas realizadas. Se cumplía la condición preestablecida de alcanzar un tamaño de muestra que permitiera un error máximo probable inferior al (más o menos) 4,5 % con el 95,5 % de probabilidades (2 sigma).

En efecto, para un universo finito, el error máximo probable, con 95,5 % de probabilidad, viene dado por la fórmula

Siendo:

$$e = 1,96 s$$

$$s = \sqrt{\frac{pq}{n} \left(\frac{N-n}{N-1} \right)}$$

P = porcentaje de respuestas (50 %)

$$q = 1 - P$$

N = amplitud del universo (43.875)

n = amplitud de la muestra (573)

En nuestro caso, el error máximo probable (2 sigma) es de $\pm 4,1$ %. Es decir, que en el caso de que en una de nuestras preguntas una de las opciones cuente con el 50 por 100 de las respuestas, tenemos el 95,5 % de seguridad de que el porcentaje que habría dado el universo oscila entre 45,9 % y 54,1 %.

La distribución por estratos y sexos de las entrevistas realizadas se refleja en los cuadros IV y V.

CUADRO IV

ESTRATOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Metropolitano ...	308	55,3	11	68,8	319	55,7
Urbano ...	103	18,5	3	18,7	106	18,5
Rural ...	146	26,2	2	12,5	148	25,8
TOTAL ...	557	100	16	100	573	100

CUADRO V

	METROPOLITANO	URBANO	RURAL	TOTAL
Hombres ...	96,5	97,1	98,6	97,2
Mujeres ...	3,5	2,9	1,4	2,8
	100	100	100	100

Compárense los porcentajes con los de los cuadros I y II, que presentan los datos del universo.

A continuación relacionamos los puntos de muestreo y el número de entrevistas realizadas. Los puntos de muestreo metropolitanos y urbanos están gráficamente indicados en el mapa A, diferenciándolos mediante signos convencionales del resto de los «núcleos destacados» que componen el estrato urbano. Las zonas que contienen los puntos de muestreo rurales están reflejadas en el mapa B.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Estrato metropolitano

Alicante, número de entrevistas, 5; Barcelona, 51; Bilbao, 12; Cádiz, 5; Cartagena, 3; Córdoba, 6; Gijón, 3; Granada, 8; Jerez de la Frontera, 1; La Coruña, 5; Las Palmas de Gran Canaria, 3; Madrid, 123; Málaga, 10; Murcia, 5; Oviedo, 7; Palma de Mallorca, 2; Sabadell, 1; San Sebastián, 4; Santa Cruz de Tenerife, 3; Santander, 5; Sevilla, 14; Valencia, 20; Valladolid, 9; Vigo, 5; Zaragoza, 9. Total, 319.

Estrato urbano

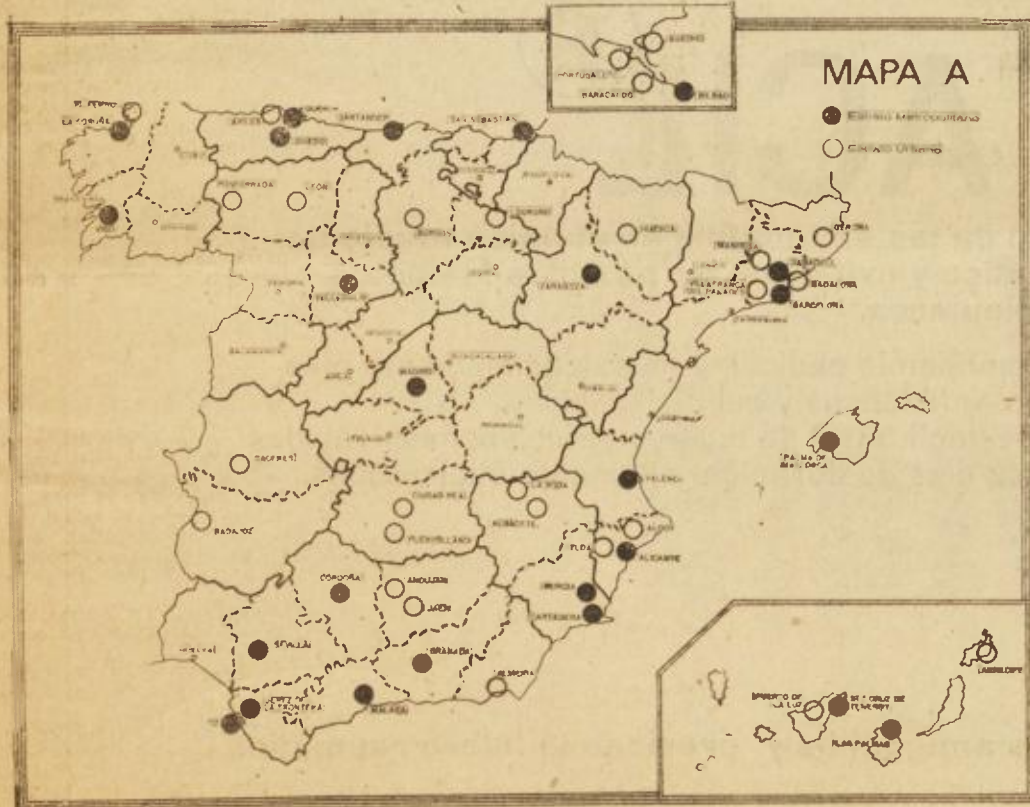
(Albacete): Albacete, número

de entrevistas, 3; La Roda, 1. (Alicante): Alcoy, 6; Elda, 2. (Almería): Almería, 4. (Badajoz): Badajoz, 5. (Barcelona): Badalona, 2; Manresa, 6; Vilafranca del Panadés, 2. (Burgos): Burgos, 9. (Cáceres): Cáceres, 4. (Ciudad Real): Ciudad Real, 2; Puertollano, 2. (La Coruña): El Ferrol del Caudillo, 3. (Gerona): Gerona, 3. (Huesca): Huesca, 1. (Jaén): Jaén, 3; Andújar, 2. (León): León, 11; Ponferrada, 11. (Logroño): Logroño, 11. (Oviedo): Avilés, 6. (Las Palmas de Gran Canaria): Arrecife (Lanzarote), 1. (Santa Cruz de Tenerife): Puerto de la Cruz, 1. (Vizcaya): Baracaldo, 1; Guecho, 3; Portugalete, 1. Total, 106.

Estrato rural

No se indican exactamente los puntos de muestreo con el fin de respetar el anonimato garantizado a los encuestados, anonimato que se rompería citando el nombre de los pueblos donde no existe más de un médico.

Albacete, 3; Alicante, 6; Almería, 5; Avila, 8; Badajoz, 2; Barcelona, 9; Cáceres, 5; Cádiz, 10; Castellón de la Plana, 5; Ciudad Real, 5; Huesca, 4; León, 6; Murcia, 15; Navarra, 2; Orense, 6; Oviedo, 13; Las Palmas de Gran Canaria, 1; Santa Cruz de Tenerife, 1; Sevilla, 14; Valladolid, 6; Vizcaya, 5; Zamora, 10; Zaragoza, 6. Total, 148.



ANALISIS

Recibidos, controlados y depurados los cuestionarios por el equipo central se procedió a su codificación, a la perforación de dos tarjetas IBM por cuestionario y a la tabulación, según el plan previamente elaborado, mediante el uso de dos computadores modelos 1620 IBM y 1004 UNIVAC. Sobre las tablas proporcionadas por el ordenador, los autores realizaron el análisis.

LA PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

V. LA PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentan en cuadros que cruzan las contestaciones a cada pregunta con una serie de variables: estratos, edad, sexo, ejercicio, etc.

Los cuadros presentan normalmente porcentajes en sentido vertical y horizontal. En cada caso figura entre paréntesis la base, es decir, el número de entrevistas a las que se refieren los porcentajes.

Debemos aquí advertir que todas las conclusiones relativas a bases de exigua cuantía deben ser hechas y aceptadas con mucha cautela, ya que, lógicamente, el error probable aumenta cuando disminuye la cuantía de la base. Tal es el caso del grupo de edad de «menos de veinticinco años» (base = 15 entrevistas), «sexo femenino» (base = 16), «en ejercicio sin dedicación primordial» (base = 11), «ni ejercen ni ejercieron» (base = 6).

Téngase también en cuenta para valorar los resultados que el conocimiento de las motivaciones que es posible obtener mediante preguntas directas del tipo de «¿por qué?» es, lógicamente, inferior al que se obtendría mediante la utilización de técnicas específicas de investigación motivacional: Tests proyectivos, entrevistas en profundidad, etc. No obstante, las motivaciones racionalizadas que los médicos han dado de sus actitudes son un valioso índice de tendencia.

AGRADECIMIENTOS

En la imposibilidad material de agradecer personalmente a cada uno de los que han hecho posible esta investigación, los autores quieren formular un capítulo que saben incompleto de agradecimientos.

● En primer lugar a ANTIBIOTICOS, S. A., que ha afrontado la carga, no pequeña, de financiación del trabajo.

● A TRIBUNA MEDICA y su personal, al que inevitablemente hemos sobrecargado de trabajo y entorpecido el normal funcionamiento de sus tareas.

● A nuestros equipos de entrevistadores, que han superado con entusiasmo y dedicación el difícil desafío de una encuesta con muestra nominativa.

—Y, sobre todo, a los médicos españoles que nos han dedicado su atención y que, profesionales con tiempo escaso y valioso, han tenido la sensibilidad y generosidad necesarias para prestarnos a nosotros, profesionales de la investigación social, la colaboración imprescindible que nos ha hecho posible realizar lo que creemos es a la vez una aportación al acervo de conocimientos sociológicos y un servicio a la clase médica española. A todos nuestro agradecimiento y el ruego de que los errores que pueda haber (que habrá) nos sean exclusivamente imputados.

EQUIPO DE TERPA, S. A., REALIZADOR DE LA ENCUESTA

Director de la Encuesta: Justo de la Cueva Alonso
Director adjunto: Joaquín Herrero Muriel

DIRECTORES REGIONALES DE LA ENCUESTA

Región Baleares: Francisco Moll Marqués

> Catalana } Pedro Bordes Roca
> Ebro }
> Macizo Ibérico }

Región Extremeño-Andaluz (Torcuato Pérez de Guzmán Moore
> Canarias } Francisco de la Cueva

Región Sudeste

> Mancha } Clemente García García
> Levante }

Región Castellano-Leonesa: Ricardo Muñoz

Región Gallega: Francisco Vales Via

Región Vasca: Laura Arregui de Entrambasaguas

Región Centro: José González Bernal

Secretaría de la Encuesta: Adela Fernández Grande

Recepción y control de cuestionario: Daniel Parrilla

Tabulación: Antonio Narbona

EL TRABAJO DE CAMPO

Preparación de las entrevistas

El director general de TERPA, S. A., dirigió una carta personal a cada uno de los doctores cuyos nombres habían resultado elegidos según el método antes descrito. En esta carta explicaba la finalidad de la encuesta, el método seguido, y solicitaba la colaboración en el estudio, anunciando la visita del entrevistador.

Trabajo de campo

Los equipos regionales de TERPA, S. A., visitaron a los médicos componentes de la muestra para la realización de la entrevista. Esta era so-

licitada previamente por teléfono e intentada personalmente hasta tres veces, y en algunos casos, mas. En los casos fallidos por errores en la dirección, enfermedad, viajes, traslado o negativa absoluta, los entrevistadores aplicaban el método preestablecido para la sustitución. Las entrevistas se realizaron durante los meses de mayo y junio de 1967. Se recorrieron 24.673 kilómetros por carretera, aparte de los viajes por ferrocarril y avión.

Las entrevistas realizadas y error máximo probable

El director general de

TERPA, S. A., dió por finalizado el trabajo de campo cuando se contaban 573 entrevistas realizadas. Se cumplía la condición preestablecida de alcanzar un tamaño de muestra que permitiera un error máximo probable inferior al (más-menos) 4,5 % con el 95,5 % de probabilidades (2 sigma).

En efecto, para un universo finito, el error máximo probable, con 95,5 % de probabilidad, viene dado por la fórmula

$$s = 1,96 \cdot s$$

$$s = \sqrt{\frac{P \cdot q}{n} \left(\frac{N - n}{N - 1} \right)}$$

P = porcentaje de respuestas (50 %)

q = 1 - P

N = amplitud del universo (43.875).

n = amplitud de la muestra (573).

En nuestro caso, el error máximo probable (2 sigma) es de $\pm 4,1$ %. Es decir, que en el caso de que en una de nuestras preguntas una de las opciones cuente con el 50 por 100 de las respuestas, tenemos el 95,5 % de seguridad de que el porcentaje que habría dado el universo oscila entre 45,9% y 54,1%.

La distribución por estratos y sexos de las entrevistas realizadas se refleja en los cuadros IV y V.

CUADRO IV

ESTRATOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Metropolitano ...	308	55,3	11	68,8	319	55,7
Urbano ...	103	18,5	3	18,7	106	18,5
Rural ...	146	26,2	2	12,5	148	25,8
TOTAL ...	557	100	16	100	573	100

CUADRO V

	METROPOLITANO	URBANO	RURAL	TOTAL
Hombres ...	96,5	97,1	98,6	97,2
Mujeres ...	3,5	2,9	1,4	2,8
	100	100	100	100

Comparéense los porcentajes con los de los cuadros I y II que presentan los datos del universo.

A continuación relacionamos los puntos de muestreo y el número de entrevistas realizadas. Los puntos de muestreo metropolitanos y urbanos están gráficamente indicados en el mapa A, diferenciándolos mediante signos convencionales del resto de los «núcleos destacados» que componen el estrato urbano. Las zonas que contienen los puntos de muestreo rurales están reflejadas en el mapa B.

ENTREVISTAS REALIZADAS

Estrato metropolitano

Alicante, número de entrevistas, 5; Barcelona, 51; Bilbao, 12; Cadiz, 5; Cartagena, 3; Córdoba, 6; Gijón, 3; Granada, 8; Jerez de la Frontera, 1; La Coruña, 5; Las Palmas de Gran Canaria, 3; Madrid, 123; Málaga, 10; Murcia, 5; Oviedo, 7; Palma de Mallorca, 4; Sabadell, 1; San Sebastián, 4; Santa Cruz de Tenerife, 3; Santander, 5; Sevilla, 14; Valencia, 20; Valladolid, 9; Vigo, 5; Zaragoza, 9. Total, 319.

Estrato urbano

(Albacete): Albacete, número

de entrevistas, 3; La Roda, 1. (Alicante): Alcoy, 6; Elda, 2 (Almería): Almería, 4. (Badajoz): Badajoz, 5. (Barcelona): Badalona, 2; Manresa, 6; Villafranca del Panadés, 2. (Burgos): Burgos, 9. (Cáceres): Cáceres, 4 (Ciudad Real): Ciudad Real 2 Puertollano, 2. (La Coruña): El Ferrol del Caudillo, 3. (Gerona): Gerona, 3. (Huesca): Huesca, 1. (Jaén): Jaén, 3; Andújar, 2 (León): León, 11; Ponferrada, 11 (Logroño) Logroño, 11. (Oviedo): Avilés, 6. (Las Palmas de Gran Canaria): Arrecife (Lanzarote), 1. (Santa Cruz de Tenerife): Puerto de la Cruz, 1. (Vizcaya): Baracaldo, 1, Guecho, 3; Portugalete, 1. Total, 106.

Estrato rural

No se indican exactamente los puntos de muestreo con el fin de respetar el anonimato garantizado a los encuestados, anonimato que se rompería citando el nombre de los pueblos donde no existe más de un médico.

Albacete, 3; Alicante, 6; Almería, 5; Avila, 8, Badajoz, 2, Barcelona, 9, Cáceres, 5; Cadiz, 10; Castellón de la Plana, 5, Ciudad Real, 5; Huesca, 4, León, 6; Murcia, 15; Navarra, 2; Orense, 6; Oviedo, 13, Las Palmas de Gran Canaria, 1, Santa Cruz de Tenerife, 1, Sevilla, 14, Valladolid, 6; Vizcaya, 5; Zamora, 10; Zaragoza, 6. Total, 148.

ANALISIS

Recibidos, controlados y depurados los cuestionarios por el equipo central se procedió a su codificación, a la perforación de dos tarjetas IBM por cuestionario y a la tabulación, según el plan previamente elaborado, mediante el uso de dos computadores modelos 1620 IBM y 1004 UNIVAC.

Sobre las tablas proporcionadas por el ordenador, los autores realizaron el análisis.

LA PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

V. LA PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentan en cuadros que cruzan las contestaciones a cada pregunta con una serie de variables: estratos, edad, sexo, ejercicio, etc.

Los cuadros presentan normalmente porcentajes en sentido vertical y horizontal. En cada caso figura entre paréntesis la base, es decir, el número de entrevistas a las que se refieren los porcentajes.

Debemos aquí advertir que todas las conclusiones relativas a bases de exigua cuantía deben ser hechas y aceptadas con mucha cautela, ya que, lógicamente, el error probable aumenta cuando disminuye la cuantía de la base. Tal es el caso del grupo de edad de «menos de veinticinco años» (base = 15 entrevistas), «sexo femenino» (base = 16), «en ejercicio sin dedicación primordial» (base = 11), «ni ejercen ni ejercieron» (base = 6).

Téngase también en cuenta para valorar los resultados que el conocimiento de las motivaciones que es posible obtener mediante preguntas directas del tipo de «¿por qué?» es, lógicamente, inferior al que se obtendría mediante la utilización de técnicas específicas de investigación motivacional: Tests proyectivos, entrevistas en profundidad, etc. No obstante, las motivaciones racionalizadas que los médicos han dado de sus actitudes son un valioso índice de tendencia.

AGRADECIMIENTOS

En la imposibilidad material de agradecer personalmente a cada uno de los que han hecho posible esta investigación, los autores quieren formular un capítulo que saben incompleto de agradecimientos.

● En primer lugar a ANTIBIOTICOS, S. A., que ha afrontado la carga, no pequeña, de financiación del trabajo.

● A TRIBUNA MEDICA y su personal, al que inevitablemente hemos sobrecargado de trabajo y entorpecido el normal funcionamiento de sus tareas.

● A nuestros equipos de entrevistadores, que han superado con entusiasmo y dedicación el difícil desafío de una encuesta con muestra nomnativa.

—Y, sobre todo a los médicos españoles que nos han dedicado su atención y que, profesionales con tiempo escaso y valioso, han tenido la sensibilidad y generosidad necesarias para prestarnos a nosotros, profesionales de la investigación social la colaboración imprescindible que nos ha hecho posible realizar lo que creemos es a la vez una aportación al acervo de conocimientos sociológicos y un servicio a la clase médica española. A todos nuestro agradecimiento y el ruego de que los errores que pueda haber (que habrá) nos sean exclusivamente imputados.

EQUIPO DE TERPA, S. A., REALIZADOR DE LA ENCUESTA

Director de la Encuesta: Justo de la Cueva Alonso
Director adjunto: Joaquín Herrero Muriel

DIRECTORES REGIONALES DE LA ENCUESTA

Región Baleares: Francisco Moll Marqués

> Catalana } Pedro Bordes Roca
> Ebro }
> Macizo Ibérico }

Región Extremo-Andaluza } Torcuato Pérez de Guzman Moore
> Canarias } Francisco de la Cueva

Región Sudeste }
> Mancha } Clemente García García
> Levante }

Región Castellano-Leonesa Ricardo Muñoz

Región Gallega: Francisco Vales Via

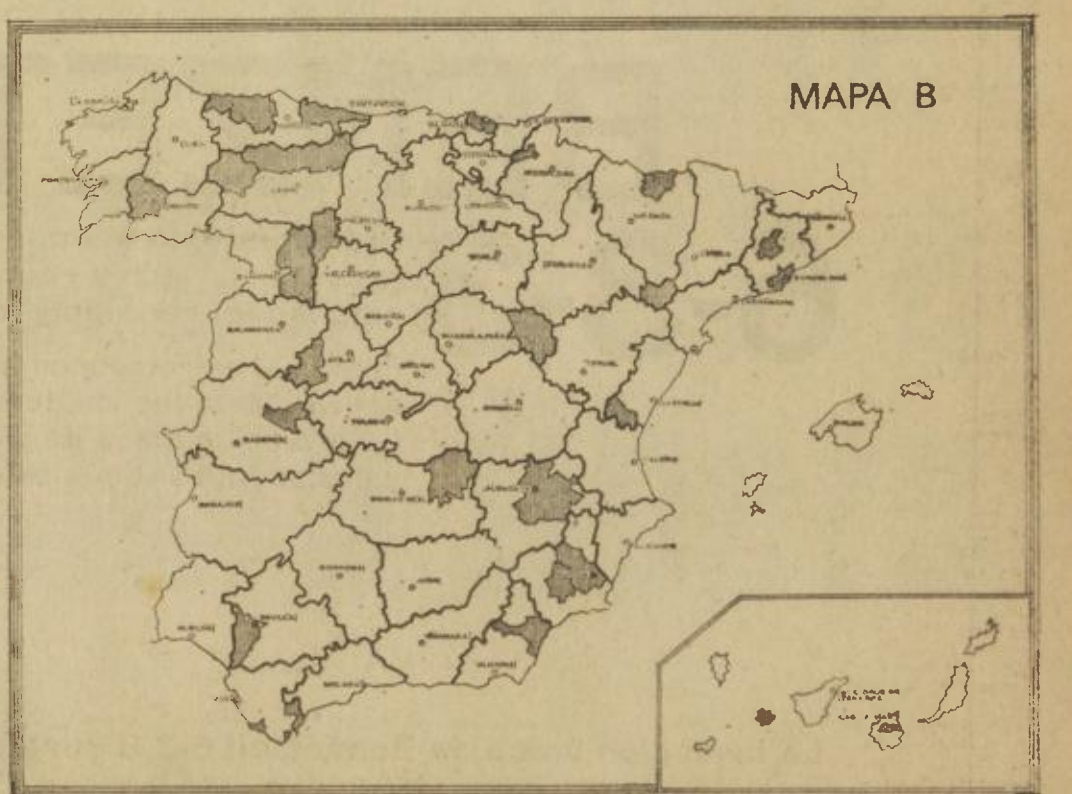
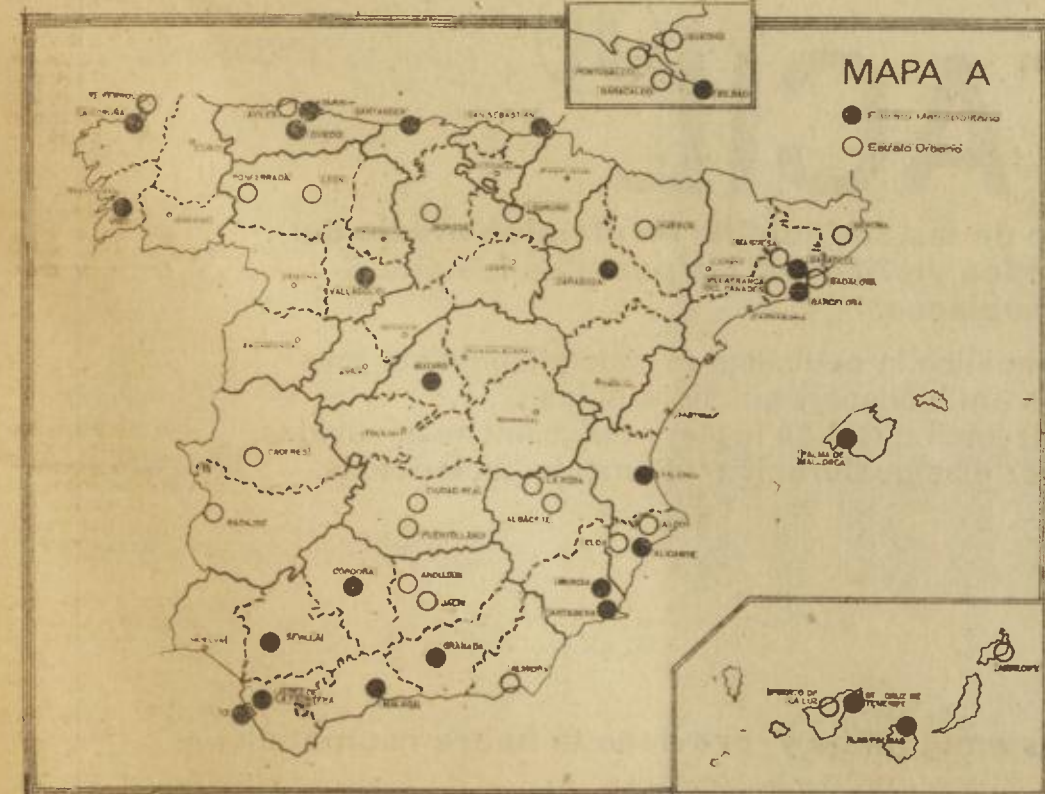
Región Vasca: Laura Arregui de Entrambasaguas

Región Centro: José González Bernal

Secretaría de la Encuesta: Adela Fernández Grande

Recepción y control de cuestionario: Daniel Parrilla

Tabulación: Antonio Narbona





Sesenta y cuatro de cada cien médicos españoles prefieren el ejercicio liberal de la Medicina, con la incertidumbre e inseguridad de que acudan o no enfermos a su consulta, pero con mayor estímulo y posibilidad de prestigio, al ejercicio con ingresos mensuales seguros atendiendo a un grupo determinado de personas



los médicos españoles prefieren el ejercicio liberal

Es una proporción alta que manifiesta el traigo que aún conserva en España la tradicional concepción de la Medicina como «profesión liberal». Casi dos de cada tres médicos se declaran adictos a ella. Pero la concepción opuesta, la que contempla al médico como profesional que pres-

ta sus servicios a un grupo determinado y conocido de personas, percibiendo por esa prestación unos ingresos y una remuneración, un sueldo mensual seguro y conocido, comprende también ganado un sector de los profesionales españoles: veintiocho de cada cien médicos españoles (28 por 100) prefie-

ren el ejercicio con ingresos mensuales seguros al ejercicio liberal.

Que más de un de cada cuatro médicos españoles se adscriba a una opinión opuesta al ejercicio liberal es un hecho altamente significativo.



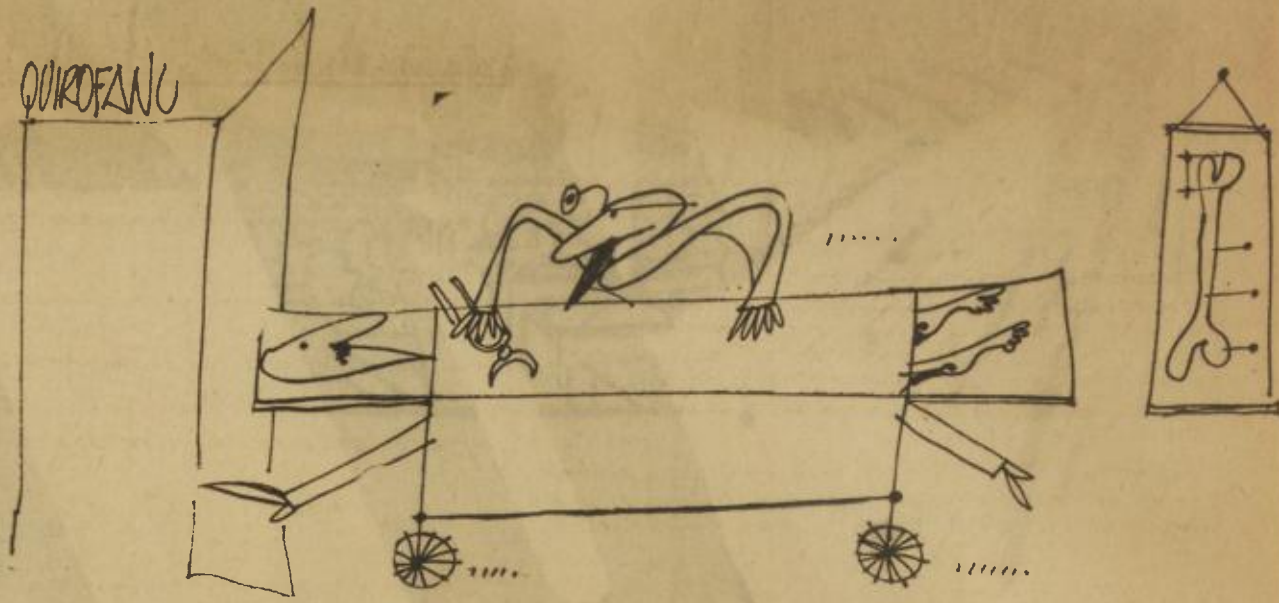
CUADRO NUMERO 1

Serie «estratos». Pregunta número 13

De las dos maneras de ejercer la Medicina: ejercicio liberal, con la incertidumbre e inseguridad de que acudan o no enfermos a su consulta, pero con mayor estímulo y posibilidad de prestigio; ejercicio con ingresos mensuales seguros atendiendo a un grupo determinado de personas, ¿cuál prefiere usted?

	ESTRATOS			Total %
	Metropolitano %	Urbano %	Rural %	
Ejercicio liberal	65	59	64	64 (366)
Ejercicio con ingresos mensuales seguros ...	27	33	29	28 (163)
No sabe o no contesta	8	8	7	8 (44)
	100 (1) (319)	100 (106)	100 (148)	100 (573)

(1) Las cifras entre paréntesis indican el número de entrevistas, en base a las cuales se han calculado los porcentajes de la columna respectiva. En la columna de «Total», dichas cifras entre paréntesis indican el número de respuestas favorables a cada una de las alternativas de la pregunta de que se trata. Lo mismo, naturalmente, en todos los cuadros que se publican.



Los médicos urbanos son menos partidarios que los rurales del ejercicio liberal, y éstos, menos que los metropolitanos

El cuadro número 1 refleja la posición de los médicos españoles frente a la alternativa ejercicio liberal o ejercicio con ingresos mensuales seguros, según el

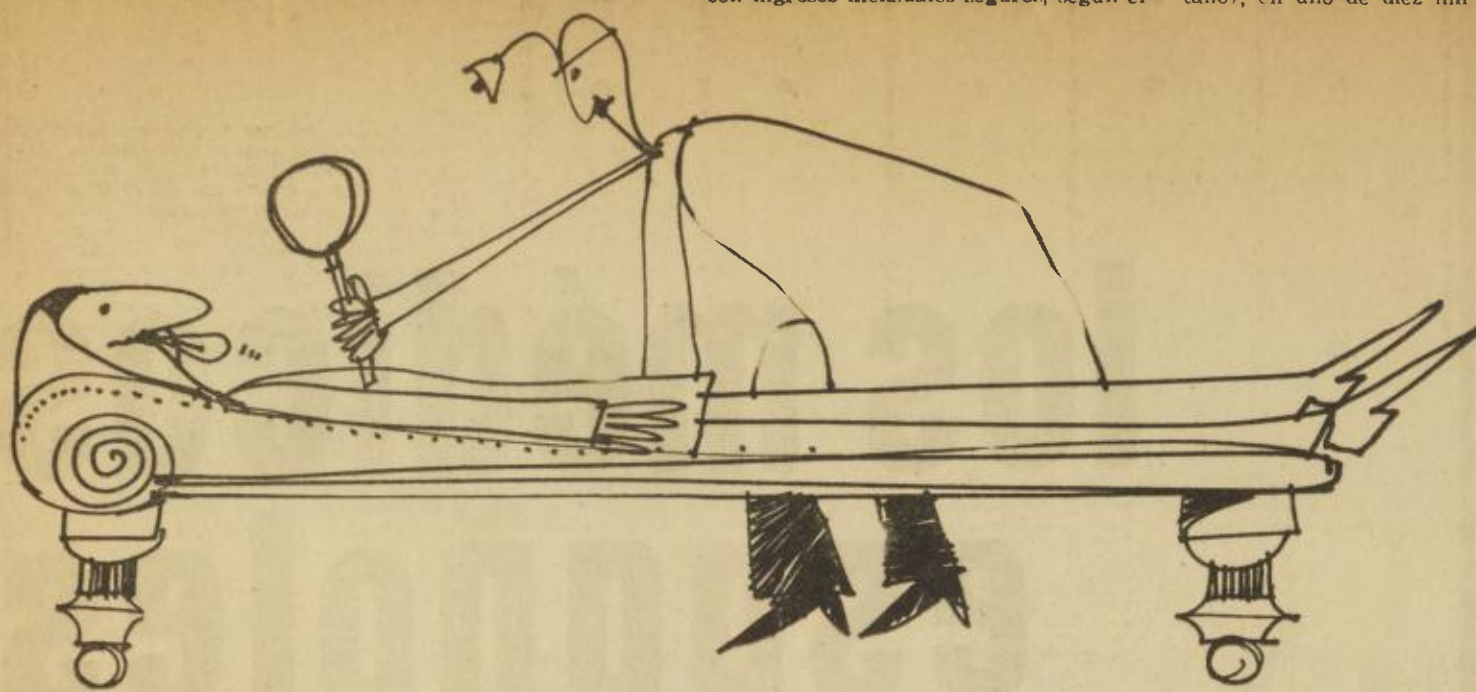
estrato residencial, es decir, según que residan en un municipio de cien mil o más habitantes (estrato metropolitano), en uno de diez mil o más y me-

nos de cien mil (estrato urbano) o en uno de menos de diez mil habitantes (estrato rural).

Los metropolitanos son los que más se muestran a favor del ejercicio liberal: 65 por 100 frente al 64 por 100 de los rurales y el 59 por 100 de los urbanos. La explicación puede consistir en la convicción de que es en las grandes ciudades donde el ejercicio liberal puede hallar mayores oportunidades de éxito, de prestigio alcanzado y de compensación económica. En la misma línea de consideraciones, la variante rural de los «ingresos mensuales seguros atendiendo a un número determinado de personas» es la iguala y su rendimiento, no es evidentemente suficiente como para mover a los médicos residentes en estrato a considerar ese modo de ejercicio preferible al liberal.

Por el contrario, cabe que en las ciudades medias las posibilidades de éxito del ejercicio liberal no sean tan perceptibles como en el metropolitano y, a la vez, la mayor capacidad económica de los pobladores haga más atractiva la fórmula «ingresos mensuales seguros atendiendo a un número determinado de personas».

En efecto, el 33 por 100 de los urbanos, el 29 por 100 de los rurales y el 27 por 100 de los metropolitanos, son los porcentajes de los partidarios del «ejercicio con ingresos mensuales seguros».



CUADRO NUMERO 2

Serie «edad». Pregunta número 13

	Menos de 25 años	De 25 a 34	De 35 a 44	De 45 a 54	De 55 a 64	De 65 y más	TOTAL %
	Ejercicio liberal	53	50	72	65	67	72
Ejercicio con ingresos mensuales seguros ...	40	42	19	26	28	22	28 (163)
No sabe o no contesta	7	8	9	9	5	6	8 (44)
	100 (15)	100 (146)	100 (145)	100 (113)	100 (85)	100 (69)	100 (573)

El cuadro número 2 precisa las variaciones que la edad introduce en las preferencias por las dos modalidades de ejercicio de la profesión.

Destacan los porcentajes del grupo de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años. Es el grupo de edad que presenta el más alto porcentaje a favor del «ejercicio liberal» y el más bajo a favor del «ejercicio con ingresos mensuales seguros». El 72 por 100 a favor del primero y sólo el 19 por 100 a favor del segundo.

En realidad, el cuadro nos muestra tres grupos de actitudes bien diferenciados:

A) Los médicos de cuarenta y cinco y más años.

Con una tendencia clara: a medida que avanza la edad son más partidarios del ejercicio liberal. En efecto, los partidarios son:

Para el grupo de cuarenta y cinco a cincuenta y cuatro años, 65 por 100.

Para el grupo de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años, 67 por 100.

Para el grupo de sesenta y cinco y más años, 72 por 100. Siempre a favor del «ejercicio liberal».

B) Los médicos menores de treinta y cinco años.

Que presentan los más bajos porcentajes a favor del «ejercicio liberal» y los más altos a favor del «ejercicio con ingresos mensuales seguros». En los dos grupos (veinticinco a treinta y cuatro años y menos de veinticinco años) todavía los partidarios del «ejercicio liberal» superan a los de la otra modalidad, pero las posiciones están muy igualadas y en el caso de los de veinticinco a treinta y cuatro años, el «ejercicio liberal» «toca fondo» en el 50 por 100.

El 40 por 100 de los médicos menores de veinticinco años y el 42 por 100 de los de veinticinco a treinta y cuatro años prefieren el «ejercicio con ingresos mensuales seguros» atendiendo a un grupo determinado de personas.

C) Los médicos de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años.

Que representan una brusca ruptura con la postura de los casi inmediatamente más jóvenes hasta el punto de marcar, como hemos ya indicado, la máxima diferencia entre las dos alternativas, 72 - 19 = 53 por 100 de diferencia.

En resumen, los médicos más jóvenes son los menos partidarios del ejercicio liberal. Los médicos en la madurez son más partidarios del ejercicio liberal, más cuanto más edad cuentan. Entre ambos grupos y entre ambas tendencias destaca el grupo de treinta y cinco a cuarenta y cuatro años. La hipótesis, que sería sugestivo comprobar, explicativa podría discurrir en el sentido de subrayar que los «treinta y cinco a cuarenta y cuatro años» representan la edad en la que el médico ha superado lo más difícil de su aprendizaje y de su introducción en la vida profesional, manteniendo unas energías aún jóvenes, lo que le permite ver granar los frutos de su trabajo en el ejercicio liberal.

Los casados son más partidarios del ejercicio liberal que los solteros

CUADRO III



	Soltero %	Casado %	Viudo %	Total %
Ejercicio liberal	53	68	40	64
Ingreso seguro al mes	39	24	50	28
No saben o no contestan	8	8	10	8
Total	100	100	100	100

El cuadro número 3 nos refleja las variaciones introducidas por el estado civil. Frente a un 68 por 100 de los casados, partidarios del ejercicio liberal, los solteros no presentan más que un 53 por 100. Y mientras que sólo uno de cada cuatro médico casado (el 24 por 100) prefieren el «ejercicio con ingresos mensuales seguros», hacen tal opción cuatro de cada diez solteros (el 39 por 100).

Aunque nos proporciona un matiz nuevo debemos recordar que este dato está relacionado con el hecho de que más de la mitad de los solteros son menores de treinta y cinco años.

CUADRO IV



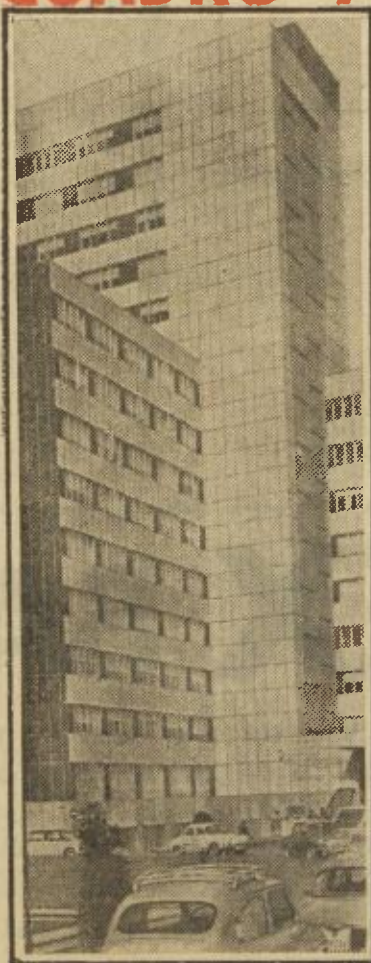
	EJERCICIO				Total %
	Plena dedicación %	En ejercicio, sin dedicación plena %	No ejercen, pero ejercieron %	No han llegado a ejercer %	
Liberal	64	54	71	50	64
Fijo al mes	28	37	29	50	28
No contestan	8	9	—	—	8
Total	100	100	100	100	100

Los médicos retirados son más partidarios del ejercicio liberal que los médicos en ejercicio

El cuadro número 4, vuelve a corroborar desde un nuevo ángulo la tendencia observada a través del cuadro por edades. Aunque las bases respectivas (21 y 6 encuestados) sean insuficientes para el detalle, es significativa la tendencia. Los que «no ejercen, pero ejercieron» (los médicos retirados), son más partidarios (el 71 por 100) que el total de los médicos (64 por 100) del ejercicio liberal. Y los que «ni ejercen ni han ejercido» (estudiantes de último curso de Medicina) son menos partidarios (el 50 por 100).

Estrecha relación entre la actitud frente a la opción ejercicio liberal - ejercicio con ingresos mensuales seguros y la actitud frente a la libre elección del médico y pago por acto médico en el S. O. E.

CUADRO V



	Cantidad fija por cartilla y número de ellas determinado %	Cantidad fija por acto médico y libre elección del médico por los enfermos %	No saben o no contestan %	Total %
Liberal	37	7	40	64
Fijo al mes	55	22	43	28
No contestan	8	7	17	28

Una interesantísima relación nos viene ofrecida por el cuadro 5. En él se presentan las opiniones de los médicos sobre las dos formas de ejercicio de las que venimos tratando, agrupando separadamente a los médicos que, interrogados sobre el sistema que prefieren en el S. O. E., optaron por una de estas dos alternativas.

— Cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas.

— Cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo.

Pues bien, los médicos que declararon preferir la cantidad fija por cartilla y número determinado de cartillas PREFIEREN EL EJERCICIO CON INGRESOS MENSUALES SEGUROS AL EJERCICIO LIBERAL. En efecto, como se advierte en el cuadro 6, más de la mitad de estos médicos (el 55 por 100) prefieren el «ejercicio con ingresos mensuales seguros», frente a sólo un 37 por 100 que opta por el «ejercicio liberal».

Congruentemente, los que optaron por la cantidad por acto médico y libre elección de médico por el enfermo son masivamente (el 71 por 100) favorables al «ejercicio liberal».

Más estímulo personal, la «naturaleza» de profesión liberal de la Medicina, la mejor relación médico-enfermo y más prestigio

RAZONES DE LA PREFERENCIA POR EL EJERCICIO LIBERAL

Hemos visto ya que sesenta y cuatro de cada cien médicos prefieren el ejercicio liberal de la medicina. ¿Por qué? Al ser interrogados sobre sus razones para tal preferencia, las respuestas fueron así:

preferir el ejercicio liberal varía entre el 60 y el 68 por 100, lo que significa entre 26.369 y 29.791 médicos y estudiantes de sexto curso de Medicina.

● Veinticuatro dieron una respuesta clásica en relación con una profesión liberal: «Supone más estímulo personal.» En efecto, la nota característica del «ejercicio liberal» de una profesión está en el hecho de que el profesional sabe que sus posibilidades de progreso están muy estrechamente ligadas a la calidad de sus servicios. Ello no excluye, naturalmente, que también se dé en las otras formas de ejercicio esa relación entre progreso y calidad de los servicios y que determinadas técnicas de control, incentivo y promoción la estén haciendo hoy cada vez más fuerte. Pero el hecho es que está socialmente admitido (y quizá en nuestra sociedad más que en otras, tal vez por contraste con el funcionamiento socialmente advertido de «escalafones») que el ejercicio liberal de una profesión estimula más. Y así lo reflejan en sus respuestas los médicos.

Evidentemente, es muy importante la amplísima mayoría de médicos que están a favor del ejercicio liberal de la Medicina. Aunque en la redacción de la pregunta no se contrapusieron «ejercicio liberal» y «socialización de la Medicina», sino «ejercicio liberal con la incertidumbre e inseguridad de que acudan o no enfermos a su consulta, pero con mayor estímulo y posibilidad de prestigio» o «ejercicio con ingresos mensuales seguros atendiendo a un grupo determinado de personas», es claro que la votación por el ejercicio liberal y, aún más, las razones que se han dado para justificarla «más estímulo personal, la medicina es una profesión liberal, permite una mejor relación médico-enfermo, proporciona más prestigio» responden a actitud genérica de rechazo de la profesión médica a la socialización de la Medicina, en España y en la mayoría de los países.

Cuando las preguntas se hacen al médico de forma más directamente relacionada con el Seguro de Enfermedad, esa actitud de rechazo se advierte más claramente. En una encuesta a una muestra de médicos barceloneses (1), un 18 por 100 de los médicos libres y un 11 por 100 de los del S. O. E. no ven «ninguna» ventaja en el S. O. E.

Pero es necesario, sobre todo en un periódico para los médicos, resaltar que la opinión del público es la contraria. En encuesta realizada bajo la dirección de AMANDO DE MIGUEL para la Fundación FOESSA (2), las opiniones de las amas de casa sobre el funcionamiento del S. O. E., descartadas el 24 por 100 que no contestaron, fueron:

Excelente, el 14 %
Bueno, el 53 %
Ni bueno ni malo, el ... 24 %
Malo o muy malo, el ... 9 %

En una encuesta a una muestra de asegurados realizada por el Gabinete de Sociología del Ministerio de Trabajo, las respuestas a la pregunta sobre la satisfacción con los médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad, un 71 por 100 contesta positivamente, un 13 por 100 neutralmente y un 15 por 100 negativamente.

● Veintiuno contestaron que «porque la Medicina es una profesión liberal». Parece en principio una tautología decir que se prefiere el ejercicio liberal de la profesión médica porque la Medicina es una profesión liberal. Pero creemos que esta contestación, que va a aparecer nuevamente ante otras preguntas de nuestra encuesta, encierra mayor significación y a ella nos referiremos más adelante. Subrayemos ahora que la dan uno de cada tres de los médicos que han declarado preferir el ejercicio liberal. Es decir, uno de cada cinco médicos españoles.

● Trece dieron como razón de su preferencia por el «ejercicio liberal» la de que «permite una mejor relación médico-enfermo». La «mejor relación médico-enfermo» es una de las más altas exigencias deontológicas y una de las condiciones del ejercicio sin más de la Medicina.

● Dos indicaron como razón el que «el ejercicio liberal proporciona más prestigio».

● Cuatro no indicaron ninguna razón. Conviene tal vez en este momento recordar que, dadas las dimensiones de nuestra muestra y del universo a que representa (573 y 43.875 médicos, respectivamente), tenemos el 95,5 por 100 de seguridad de que el porcentaje de médicos que declaran

(1) SALUSTIANO DEL CAMPO: «Problemas de la profesión médica española» (Informe Preliminar, Madrid: Comisión Nacional de Clases Medias 1964).

(2) Informe sociológico sobre la situación social de España, Madrid, 1966. Fundación FOESSA.

CUADRO VI

ACTITUD FRENTE AL ESTABLECIMIENTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD

	Que sí %	Que no %	No contestan %	Total %
Liberal	64	65	50	64
Fijo	28	29	50	28
No contestan ...	8	6	—	8
Total	100	100	100	100

CUADRO VII

TENENCIA DE HIJO MEDICO O ESTUDIANTE DE MEDICINA

	Solteros o casados sin hijos %	Con hijo médico %	Hijo que estudia Medicina %	Hijo que dejó de estudiar Medicina %	Hijo que no es médico ni estudia Medicina %	No contestan %	Total %
Liberal	59	66	69	67	67	60	64
Fijo al mes ...	35	28	17	30	25	29	28
No contestan ...	6	6	14	—	8	11	8

CUADRO VIII

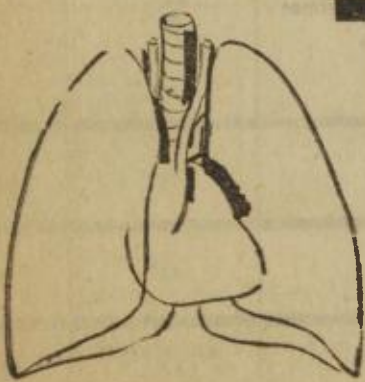
¿ANIMARIA A SU HIJO A ESTUDIAR MEDICINA?

	Solteros o casados sin hijos %	Si le animaría %	No le animaría %	No sabe %	Total %
Liberal	59	66	68	62	64
Fijo al mes ...	35	24	25	30	28
No sabe	6	10	7	8	8

OTRAS RELACIONES

Los cuadros 6, 7 y 8 muestran la relación de la actitud frente a las dos formas de ejercicio con otras actitudes y situaciones de los médicos. Quizá lo más resaltante sea el cuadro 8, que nos muestra que los médicos que tienen hijos estudiando Medicina son precisamente los más favorables al «ejercicio liberal». Este dato, al relacionarlo con la posición de los estudiantes antes mencionada, nos indica que la diferencia de opiniones y actitudes entre los grupos de edades más extremas se mantendrá, con especiales matices, entre padre-médico e hijo-estudiante de Medicina.

TETREX BALSAMICO



Contiene Tetraciclina al estado de complejo fosfato, guayacol-gliceril-éter, savia de pino y esencia de menta.

La suspensión de TETREX BALSAMICO está indicada en el tratamiento de:

Laringo-traqueítis • Bronquitis agudas y subagudas • Bronquitis crónicas (brotes de agudización), en la profilaxis de los mismos procesos bacterianos, cuando la infección es de etiología viral.

EL TETREX BALSAMICO, se administra en el adulto por vía oral a la dosis de 10 c. c. (2 cucharaditas de café) cada 6 horas.

En los niños, se recomienda la ingestión de la mitad de esta dosis, al mismo ritmo.