

PODER Y DEMOCRACIA EN LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES MEDICAS: EL CASO DEL "AMA" Y LA "BMA"

«La medicina es una ciencia social,
y la política no es más que medicina
a gran escala.»

VIRCHOW

I. INTRODUCCIÓN (1)

El objeto del presente trabajo es el de analizar, en forma comparada, dos asociaciones profesionales médicas: la *American Medical Association* (AMA) y la *British Medical Association* (BMA). Concretamente, se trata de estudiar la distribución de poder, la democracia interna de estas dos asociaciones y su influencia en las sociedades americana y británica respectivamente. El trabajo se refiere fundamentalmente al presente, aunque se realizan ciertos análisis históricos allí donde parecen necesarios para la comprensión de la realidad. El trasfondo del trabajo es plantear un esquema de relaciones de poder e intereses entre la sociedad y las asociaciones profesionales médicas, que pueda ser ilustrativo al caso español.

La medicina, como ocupación, se refiere a un grupo de personas que se encargan del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. Desde un punto de vista sociológico la enfermedad no es meramente una condición, sino también un *rol* social (2). Prácticamente todos están de acuerdo en que el restablecimiento de la salud no consiste sólo en eliminar

(1) El presente trabajo es parte de un estudio más amplio realizado en la Universidad de Yale (en 1972). Agradezco los comentarios a esa primera versión por parte de ROBERT A. DAHL. Una segunda versión fue revisada por AMANDO DE MIGUEL y MIGUEL BELTRÁN. La inestimable ayuda técnica se la debo a MARISOL SANZ. Este estudio se llevó a cabo, en parte, con una beca de la Fundación Juan March.

(2) Indudablemente este es un enfoque netamente parsoniano (véase PARSONS, 1951: 455) pero que ha sido aceptado por la mayoría de los investigadores sociales con algunos reparos.

enfermedades (o enfermos), sino también los factores que producen esos desarreglos. De aquí se puede afirmar que junto al *rol del enfermo* existe también un *rol del médico* (o «curandero», en sentido amplio).

Parece congruente afirmar que la conducta y los objetivos de los médicos no son políticos *per se*. Incluso más que eso, «la actividad política de un médico es desaprobada por sus colegas bajo la idea de que está haciendo propaganda de su consulta privada y, en consecuencia, violando la ética profesional» (3). Sin embargo, es muy posible comparar la política dentro de una asociación profesional médica (o incluso la profesión médica) con la política nacional. Un comentarista de las elecciones a presidente del AMA en 1912 se refería de esta materia (4):

«Algunas veces hay tanto trabajo de elecciones, de manejo de influencias y conquista de delegados como si el pobre hombre fuese a la Casa Blanca por cuatro años. Debe ser de una edad y un rango determinados y de una región apropiada. No debe ser demasiado capaz ni demasiado distinguido; aunque personas importantes, para su sorpresa, no son elegidos, y, sobre todo, debe demostrar que no se ha enemistado con nadie. Luego están los seguidores que deben ser recompensados y los que deben ser aplacados con promesas de futuros cargos. ¡Oh, es un gran juego! Y, sobre todo, es inofensivo.»

Esta comparación resulta plausible, al menos para los Estados Unidos, país en donde Milton Friedman ha afirmado que el AMA es quizás el sindicato más potente de la nación (5).

Como en otros sindicatos es posible diferenciar la «minoría activa» de la «mayoría silenciosa». En el caso de las asociaciones profesionales médicas se produce un fenómeno constante, lo que podríamos llamar *la persistencia en el puesto por parte de los líderes*. Esto es debido (entre otras razones) al progresivo desarraigo de esas personas de su mundo profesional (esto es, la medicina) y al hecho de que son incapaces de realizar de nuevo otra ocupación, salvo la política. Como se ha afirmado, ya nunca más pueden volver a ser médicos, o al menos «buenos médicos» (6). Este hecho podría explicar el

(3) GLASER (1960: 236).

(4) JAMES G. MUMFORD: *A Doctor's Table Talk* (Boston: Houghton Mifflin, 1962), pág. 84. Citado por GARCEAU (1941:82).

(5) Véase, por ejemplo, RAYACK (1971: 1).

(6) La idea expresada así por GARCEAU (1961: 64) no es original suya, pues aparece generalizada en MICHELS, especialmente en su obra sobre los partidos políticos, publicada por primera vez en 1915.

apego que muestran algunos médicos a ciertos puestos de responsabilidad administrativo-política.

Otra consecuencia del hecho de ser un «grupo de presión», como Eckstein definió acertadamente la BMA en 1960, es que moldea la opinión pública, y defiende a sus miembros de las críticas y ataques de fuera de la profesión. Garceau, refiriéndose en concreto al AMA, dice: «Profesionalismo es un concepto utilizado con liberalidad para evitar críticas al grupo; mantiene un olor de santidad. Se asume que los miembros de una profesión actúan fuera de toda crítica, e incluso fuera de la comprensión del hombre normal» (7). Para equilibrar esta inusitada dosis de libertad casi todas las asociaciones profesionales (y así las médicas) desarrollan lo que se llaman «códigos morales», o códigos de ética, principios de ética médica, o principios de conducta profesional. Así, por ejemplo, el *Código internacional de ética médica* establece que: «Un doctor debe practicar su profesión sin sentirse influido por motivos de lucro» (8). Es conocida también la prohibición de anunciarse en los medios de comunicación de masas. En muchos países, un médico tan sólo puede colocar una placa en el portal donde tiene su consulta (9). La BMA va más lejos aún, e incluso prohíbe las fotografías de médicos en la prensa (10).

El poder de la profesión médica es bastante elevado en todas las sociedades, y especialmente en las de orientación más capitalista o de democracias-competitivas. Fundamentalmente, la profesión médica reconocida pretende, primeramente, fulminar toda posible competencia. Así, por ejemplo, ejerce presión para el control y eliminación de todo tipo de curanderos, «charlatanes», «sacamuélas», etc. También intenta reducir al mínimo el desempeño profesional de otras profesiones semilegales, como osteópatas, optometristas, «chiropractors», etc. Incluso las polémicas han llegado a alcanzar a grupos más institucionalizados como el de los psicólogos clínicos. No es raro observar cómo las asociaciones médicas profesionales toman partido en polémicas nacionales sobre temas no médicos en absoluto. Así, por ejemplo, durante la época del *McCarthyismo* y su cruzada anticomunista, «el AMA se unió a otros grupos en la tarea de localizar los ataques a la libertad dentro de las escuelas públicas. En diciembre de 1951, la *House of Delegates* de la AMA urgió una investigación

(7) GARCEAU (1941: 5).

(8) Citado en el *Members Handbook* de la BMA (1970: 60).

(9) Por supuesto hay muchas formas, más o menos encubiertas, de bordear este principio.

(10) Por ejemplo, un artículo del *Medical Ethics* de la BMA, establece que una fotografía de un médico, en una entrevista o un artículo publicado en la prensa sobre un tema profesional es la forma más indeseable de publicidad, y cualquier precaución razonable debe ser tomada para asegurar que tales fotografías no sean publicadas (BMA, 1970: 90).

del congreso sobre *el sistema de escuelas* de la nación que sacase a la luz a todos los *maestros y autores de libros de texto* que atacaban la libertad de empresa destacando las *falacias del colectivismo*. El AMA urgía la desaparición de los maestros y de todos los libros de texto que mantuviesen un pensamiento colectivista» (11).

El poder de muchas de estas asociaciones médicas se basa primeramente en el control de sus miembros. Por ejemplo, hasta la década de 1950 la mayoría de las asociaciones médicas regionales (*county*) en los Estados del sur, en USA, denegaban sistemáticamente la admisión a los médicos de raza negra (12). Otra ideología occidental —difundida más entre médicos que otras profesiones— ha sido la que la mujer *per natura* no podía ser médico. Las razones han sido de lo más variado y pintoresco. Por citar un párrafo que resume muchas de estas varias razones, hemos seleccionado éste, del doctor Alfred Stillé (el 23.º presidente del AMA), de un discurso presidencial durante la asamblea general de 1871 :

«Ciertas mujeres buscan competir con los hombres en deportes y ocupaciones, y las "voluntariosas" les imitan asiduamente en todas las cosas, incluso en el vestir. Con esto, pueden levantar un tipo de admiración como la que inspiran todas las producciones monstruosas, especialmente aquéllas que tienden hacia un ideal más alto que el suyo propio... En todos los aspectos de la vida activa el hombre supera a la mujer, incluso en las cosas para las que la mujer se estima como mejor preparada. En las artes plásticas, pintura y escultura, ninguna mujer, a pesar de que la carrera artística ha estado siempre abierta a ellas, ha sobresalido más allá de la mediocridad; mientras que el hombre supera a la mujer en no pocos empleos que son considerados femeninos. En el arte de cocinar, por ejemplo, ninguna mujer ocupó nunca el primer puesto, y en más de una capital los peluqueros y modistos deciden la moda, en la que las mujeres de la Corte y las damas de la ciudad compiten por la corona de la belleza. En conjunto, nosotros consideramos que la experiencia enseña que la mujer se caracteriza por una combinación de cualidades distintivas, entre las que destaca la inconstancia en su juicio racional, la caprichosidad del sentimiento, la mutabilidad de propósito, e indecisión de conducta, lo que la descarta totalmente para carreras pro-

(11) BURROW (1963: 384).

(12) HYDE (1954: 941). Sobre el tema de la admisión de delegados negros véase VAUGHAN (1959: 80).

fesionales. Si, por entonces, la mujer está descartada por la naturaleza para ser médico, nosotros debemos, cuando nos oponemos a sus pretensiones, ser declarados inocentes de todo espíritu malicioso o descortés. Podemos admitir que ella es en cierto sentido un hombre perfeccionado, y que fue creada solamente un poco inferior a los ángeles; podemos admitir que, guiada por sus sentimientos, sus juicios algunas veces parecen inspiraciones; pero en la vida, y especialmente en la práctica de un arte científico, puede ser verdad (y seguramente lo es) que ella muestra una extraña ignorancia de la lógica de la razón, y un profundo desprecio por la lógica de los hechos» (13).

Estas ideologías, y otras muchas, tuvieron su origen en Europa. En realidad, en lo que se refiere a la medicina, «hasta el final del siglo XIX, los Estados Unidos fueron una colonia de Europa» (14). Esto es verdad aproximadamente hasta 1910 (la fecha de la publicación del *informe Flexner*) y la posterior reforma de las Facultades de medicina en América. En 1907, el propio Congreso de Educación del AMA afirmaba que en los Estados Unidos «hay demasiadas Facultades de medicina, que en número exceden a todas las de Europa, que el nivel medio de conocimiento del médico americano es muy inferior al del médico europeo; que la mitad de las Facultades de medicina de este país no están preparadas para enseñar medicina» (15).

Por todas estas razones, y otras históricas, puede ser interesante la comparación del AMA y la BMA. En realidad, ambas organizaciones han tenido contactos no institucionalizados durante mucho tiempo. El AMA ha mantenido, durante bastantes años, una campaña de prensa intentando mostrar que la BMA y el plan del servicio sanitario británico eran un completo fracaso (16). En conclusión, el objetivo del presente trabajo no es analizar esa polémica

(13) Se podría argumentar inmediatamente que la cita conserva excesivamente el sabor de una época. Pero para evidenciar la existencia de la ideología podemos citar aquí el texto del sociólogo SIMMEL escrito hacia la misma época: «No se trata del valor —sin duda muy considerable— práctico y social de las mujeres médicos, que son en esto tan capaces como los hombres. Se trata de saber si podemos abrigar la esperanza de que la mujer aumente con cualidades nuevas el caudal de la cultura médica en aquellos puntos en que resultan insuficientes los hombres. A mi juicio, es ello posible. Y la razón es que tanto el diagnóstico como el tratamiento dependen en no escasa medida en que el médico posea la facultad simpática de sentir en cierto modo dentro de sí mismo el estado del paciente.» (1961: 21).

(14) STEVENS (1971: 55).

(15) Citado por STRONG (1909: 85).

(16) Para este tema puede consultarse la obra de BURROW (1909: 138).

mica en concreto, sino centrarnos más bien en la estructura política del AMA y la BMA, su poder, y su democracia. No se trata, pues, de un estudio de la profesión médica, sino de las *asociaciones profesionales médicas* (17).

2. LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES MÉDICAS

Una profesión es un grupo especializado en una disciplina o con una competencia especial. Freidson ha afirmado que «si algo es una profesión, lo es la medicina contemporánea» (18). En el mundo occidental, y particularmente en los USA, la profesión médica mantiene unos ingresos medios y un prestigio superior al de otros grupos profesionales. Esta afirmación es incorrecta para los países comunistas, o de democracias no-competitivas, en donde se produce un doble fenómeno: *primero* que el porcentaje de mujeres en la profesión médica es elevado (hasta un 70 por 100 en la Unión Soviética), y *segundo*, que los salarios y las condiciones de trabajo de los médicos son relativamente bajas. En estos países, en general, no existe una asociación profesional independiente de médicos, sino que como en el caso de la Unión Soviética todos pertenecen al Sindicato Federal (estatal) de los Trabajadores Médicos.

La tendencia en el mundo occidental es que cada vez menos médicos se dedican a la práctica privada. Las razones son muy variadas: especialización, incremento del costo del material técnico, utilización de servicios hospitalarios, desaparición del médico de familia (y de la familia extensa), etc. En los Estados Unidos la proporción de médicos dedicados al ejercicio privado (una proporción tradicionalmente alta) era el 86 por 100 en 1931. Treinta años más tarde la proporción bajó al 64 por 100. Pero a pesar de otras diferencias ambos grupos (los médicos privados y los no-privados) han profesado ideales humanitarios muy similares. La ideología común de la profesión médica es que se ocupa de todos los pacientes, sin discriminación de sexo, raza o *status* económico.

Esta norma «anti-económica» por parte de los médicos privados ha sido caracterizada como la *política de Robin Hood*, o de la utilización de una escala variable de precios según el *status* económico de los clientes (19). Es decir, que los médicos cobran grandes cuentas a los pacientes ricos y notas

(17) Para el caso de España sería preciso consultar el trabajo de AMANDO DE MIGUEL (1974), sobre profesiones.

(18) FREIDSON (1972: 4).

(19) Véase, por ejemplo, en GLASER (1960: 241).

muy bajas (o incluso toleran que no sean pagadas las notas) a sus enfermos más pobres (20).

La siguiente editorial del JAMA (*Journal of the American Medical Association*), de mayo de 1907, es un buen ejemplo de la ideología de la profesión médica en los Estados Unidos al respecto:

«La profesión médica organizada se ocupa de todas las personas, y todo el tiempo. El altruismo y humanitarismo de la medicina es el más alto que el mundo haya nunca presenciado.»

Esta «humilde» autovaloración es congruente con el preámbulo de la constitución del AMA, donde se expresan los propósitos de esta organización: «para el cultivo y avance del conocimiento médico; para la elevación de los niveles de educación médica; para la promoción sin ánimo de lucro, del honor e interés de la profesión médica; para la ilustración y la dirección de la opinión pública en referencia con los deberes, responsabilidades y requisitos de los médicos; para promover y desarrollar la emulación y la acción concertada dentro de la profesión, y para facilitar y favorecer un intercambio amistoso entre sus miembros» (21). Sin embargo, uno de los problemas de las asociaciones profesionales médicas suele ser el desconocimiento de la opinión de los consumidores (en general, toda la población). El consumidor (el paciente y la familia del paciente) se basa por entero en la presunción de la integridad del médico. Esta realidad puede ser esgrimida como una de las razones de la insistencia por parte de la profesión médica organizada para conservar una relación *privada* entre el médico y el paciente. En cualquier caso debe afirmarse que la relación causal de ambos fenómenos no está del todo clara.

Estos principios han llevado en repetidas ocasiones a denodados esfuerzos por parte de las organizaciones profesionales médicas para el mantenimiento del *status quo*. Por ejemplo, en 1930, el *New England Medical Center*, en Boston, consiguió cerca de un millón de dólares con su campaña: «Restablezcamos el Médico de Familia» (22). Esta campaña defendía, naturalmente, el sistema llamado *fee-for-service*, es decir, que el costo total debe de ser pagado por el paciente cuando el servicio médico, o la visita médica, son realizados. Algunas escuelas psiquiátricas han afirmado incluso que esta doctrina forma parte esencial, en sí misma, del proceso de curación del enfermo. Ciertos mé-

(20) En Italia existe una institución peculiar, única de ese país, que es la del *condotte mediche* o médicos que dependen de la comunidad para el cuidado de los enfermos que están inscritos en un *Elenco dei poveri*. Esta institución está desapareciendo con la próxima implantación de las *Unità Sanitaria locali*.

(21) Citado por FISHBEIN (1947: 30).

(22) STEVENS (1971: 182).

dicos han llegado a oponerse contra algunos sistemas públicos de prevención sanitaria (como vacunación, hospitalización, etc.) dado que esto repercutía en sus intereses económicos y de prestigio (23).

Tras décadas de lucha contra la seguridad sanitaria nacional, y previo a la aprobación del *Medicare* en 1965, el presidente del AMA seguía diciendo que: «*nosotros los médicos nos ocupamos de los ancianos y conocemos sus necesidades sanitarias mejor que nadie*» (24). Como Glaser ha señalado ya (25), muchos de los problemas del AMA se produjeron cuando la búsqueda de los intereses de la profesión (con medios no muy elegantes) entraron en conflicto con los de la ética médica.

En este contexto se puede considerar que la *ética médica* representa una restricción importante al poder político de las asociaciones médicas profesionales y, en general, a toda la profesión médica. El principal interés médico es el «*incremento de la efectividad y el mantenimiento de la integridad y el prestigio de la profesión*» (26). La constitución de la BMA establece claramente que «*los objetivos primarios para los que esta Asociación se establece, son: promover las ciencias médicas y mantener el honor y los intereses de la profesión médica*» (27). Sin embargo, este enfoque pragmático de la asociación (sobre los intereses de sus miembros) se reduce al mínimo a la hora de establecer el *Código ético* de la BMA. Incluso se pueden evidenciar algunas contradicciones entre el texto anterior de la constitución y este del Código:

«El que entra en la profesión médica forma parte de una comunidad dedicada al servicio de la humanidad. Debe esperar el subordinar sus intereses personales al bienestar de sus pacientes, y junto con sus hermanos los médicos, buscar la elevación de los niveles sanitarios en la comunidad que desempeñe sus funciones. Hereda la tradición de una conducta profesional en la que debe basar su propia conducta, y que debe pasar impoluta a sus sucesores» (28).

Como grupo, las asociaciones profesionales médicas participan de ciertas características de todos los demás grupos sociales, incluyendo el control sobre

(23) HYDE (1954: 991) considera que: «El desarrollo de muchas de las actividades de sanidad pública se han encontrado con la hostilidad de la profesión médica. A menudo los médicos se oponen a programas de inoculación de viruela, inmunizaciones de difteria y clínicas de enfermedades venéreas, considerándolas como invasiones del dominio de su práctica privada.»

(24) Citado por STEVENS (1971: 439).

(25) GLASER (1960: 239).

(26) HYDE (1954: 948).

(27) BMA (1970: 17).

(28) BMA (1970: 58).

sus miembros, e incluso los no miembros. Este mecanismo del «ostracismo» se ve compensado también por el de «promoción» (29). Por ejemplo, la segregación de los médicos negros en la constitución de la asociación de Tejas, en 1935, viene sugerida así: «Cada sociedad juzgará las cualificaciones de sus propios miembros, pero tendrá en cuenta que sólo a través de la pertenencia a una sociedad local puede un médico llegar a ser miembro de la Asociación Médica del Estado, y del AMA, y considerará que *todo blanco*, registrado legalmente como médico..., que no pertenezcan a una medicina sectaria... tiene derecho a ser elegido miembro» (30).

En los países más desarrollados, concretamente en los Estados Unidos y el Reino Unido, la proporción de médicos en relación a la población total no ha variado demasiado en los últimos años (31).

Sin embargo, la importancia numérica de los médicos respecto del total de las profesiones sanitarias ha decrecido rápidamente en las últimas décadas. En los USA esta tendencia es aún más clara; el porcentaje de médicos del total es actualmente menos de un tercio de lo que era a principio de siglo (32):

Año 1900	63 por 100
» 1910	50 »
» 1920	37 »
» 1930	27 »
» 1940	25 »
» 1950	25 »
» 1960	23 »
» 1969	19 »

(29) GARCEAU, señala acertadamente la influencia de las asociaciones profesionales locales sobre la vida de los médicos: «Pocos pueden no tenerla en cuenta, simplemente porque un doctor puede difícilmente soportar más que unos pocos enemigos, y, desde luego, no la hostilidad de un grupo organizado en posiciones preeminentes dentro de la comunidad. La reputación del médico es frágil y sus ingresos y desempeño profesional dependen del hecho de ser consultado, aunque quizá más vitalmente en el hecho de poder llamar a sus colegas en emergencias. El ostracismo se convierte en un arma terrible en ese tipo de ocupaciones» (1941: 103).

(30) El subrayado es nuestro.

(31) Por ejemplo, la tasa de médicos en los Estados Unidos (por 100.000 habitantes) ha variado de la siguiente forma:

Año 1900	157
» 1910	146
» 1920	136
» 1930	125
» 1950	141
» 1960	141
» 1970	159

(RAYACK, 1967: 71, y AMA, 1972: 41).

(32) STEVENS (1971: 420).

Pero este decremento es sólo numérico, pues el prestigio de la profesión médica no ha sufrido una disminución tan clara, y/o este cambio se ha visto condicionado por otras variables. En general, todas las asociaciones profesionales médicas medianamente organizadas se dedican actualmente a influenciar los procesos de toma de decisión gubernamentales, que es en esencia un objetivo político.

Una de las dificultades principales de un análisis global es el conocimiento de la opinión de (todos) los médicos en un país. Se puede decir que una profesión está gobernada por una *oligarquía* y representada por una *democracia*. Sin embargo, cada asociación resuelve sus problemas de forma distinta, y así es en el caso del AMA y la BMA. Estas dos asociaciones representan un marco de referencia ideal para la comparación. La tasa de médicos en ambos países, USA y UK, es de 15 y 11, respectivamente (por 10.000 habitantes). El porcentaje de incremento entre 1950 y 1965 fue del 34 por 100 en USA y del 33 por 100 en el Reino Unido (33). La única diferencia importante se encuentra en la distribución regional: comparando la región con una mayor tasa de médicos, con la menor, en USA (en 1965) la diferencia fue de unas seis veces, mientras que en el Reino Unido la diferencia fue de un tercio (34).

3. EL «AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION» (AMA)

En los Estados Unidos la tasa de médicos en activo es muy alta (95 por 100), dato que no sorprende de la estructura privatizante que la profesión médica mantiene todavía en ese país. Sin embargo, el médico actual en USA es bien diferente del de hace sólo medio siglo. Por ejemplo, la tendencia de especialización ha sufrido cambios radicales en las últimas décadas, produciéndose el siguiente aumento (35):

Año 1931	17	% de médicos especialistas del total de médicos			
» 1940	24	»	»	»	»
» 1949	36	»	»	»	»
» 1960	57	»	»	»	»
» 1969	77	»	»	»	»

Esto significa que los 217.000 médicos que hay en USA en la actualidad, aproximadamente sólo 58.000 se dedican a la práctica general.

(33) FRY (1969: 206).

(34) FRY (1969: 207). Otra diferencia es el rápido declive de la proporción de *médicos generales* (GP or «general practitioners») del total de médicos, que en USA han pasado de ser el 79 por 100 en 1940 al 39 por 100 en 1963.

(35) Datos de STEVENS (1971: 181).

La *American Medical Association* (AMA) se compone de cerca de dos mil asociaciones médicas locales. Sus objetivos han sido resumidos así por Freidson (36): «El AMA ha utilizado su poder para elevar y mantener su poder; para elevar y mantener los niveles científicos, y para elevar y mantener la posición económica de la profesión.»

El AMA está generalmente dominada y dirigida por médicos-especialistas. En 1960 cerca del 57 por 100 del total de médicos del país eran especialistas, mientras que un 80 por 100 de la *House of Delegates*, y más del 90 por 100 de los ejecutivos del AMA eran médicos-especialistas (37). Aparte de este hecho, el AMA —como la mayoría de las asociaciones profesionales médicas— es un monopolio. No hay otras asociaciones que ofrezcan una alternativa de pertenencia al nivel local. Solamente en el caso de los negros existe la *National Medical Association* que es la asociación profesional oficial de los médicos negros.

En consecuencia, alrededor de un 70 por 100 de los médicos pertenecen al AMA (38). En general los médicos privados pertenecen en mayor medida al AMA que los no privados. En 1960 un estudio indicaba que tan sólo un 35 por 100 de los médicos sin consulta privada eran miembros del AMA.

El sistema de pertenencia al AMA es diferente del de la BMA. En el AMA todos los miembros de las asociaciones médicas locales pertenecen automáticamente al AMA, que es la asociación nacional. Esto supone que la admisión se basa en la discrecionalidad del poder local, y no hay forma de apelar a su veredicto.

Las asociaciones médicas locales eligen a los delegados para las asociaciones de los Estados. Y estas últimas eligen a los representantes para la Cámara Nacional de Delegados o *House of Delegates*, en donde hay aproximadamente un delegado por cada mil miembros (médicos) de cada Estado. La *House of Delegates*, es la que elige al presidente del AMA, y otros ejecutivos, entre los que se encuentra el *Board of Trustees*. Como Richard Harris ha comentado en su libro sobre el AMA titulado *A Sacred Trust* «sería difícil diseñar

(36) FREIDSON (1972: 33).

(37) Un estudio más detallado puede verse en RAYACK (1967: 14).

(38) El porcentaje de médicos miembros del AMA ha seguido varias tendencias, aunque en general ha sido creciente:

Año 1912	...	...	51 por 100
» 1920	...	...	57 »
» 1930	...	...	64 »
» 1940	...	...	67 »
» 1954	...	...	65 »

(Véase GARCEAU, 1941; BURROW, 1963: 49, y HYDE, 1954: 941.)

un mecanismo más efectivo para garantizar que cada representante elegido tiende a estar de acuerdo con el resto de los representantes» (39). Por supuesto, son abundantes las críticas a este sistema constitucional (40).

El presidente del AMA goza de un gran prestigio pero no tiene demasiado poder. El organismo capital es el *Board of Trustees*. Después el propio *Journal of the American Medical Association* y especialmente su secretario (su «editor») mantienen una gran influencia en la asociación (41). Por un lado el JAMA es el negocio más lucrativo del AMA. Aparte representa un reflejo de las opiniones oficiales del AMA, y es un órgano de influencia en la opinión de los miembros, y en la opinión pública (42). Aparte del JAMA, el AMA publica diez revistas especializadas y más de treinta revistas médicas de difusión regional o estatal.

El tema más importante de discusión entre el AMA y la sociedad americana ha sido la polémica del seguro de enfermedad, y en la línea colateral, la práctica en grupo y la hospitalización. En sus *Principios de Etica Médica* (43) el AMA ha predicado las bases individuales de la relación médico-paciente, y ha atacado consecutivamente todas las facetas de la práctica médica en grupo. Sin embargo puede ser importante notar que ésta no ha sido siempre la

(39) HARRIS (1966: 20).

(40) «Pero el AMA, como organización nacional ha fallado en avanzar hacia un cambio fundamental en la política de asociación. Sus representantes oficiales han explicado su imposibilidad de actuación, señalando que cada asociación local tiene el absoluto control sobre los requisitos de asociación» (HYDE, 1954: 941).

(41) GARCEAU señala sarcásticamente: «El *Journal* del AMA es interesante, y al ser semanal puede proteger a cualquier hombre realmente ocupado de cualquier riesgo de contaminación por parte de otras publicaciones» (1941: 98).

(42) El JAMA es constitucionalmente el órgano oficial del AMA, y de hecho su más eficiente órgano propagador de ideologías. Es sabido que el JAMA raramente publica opiniones en contra de las del presidente, *Board of Trustees*, o *House of Delegates* del AMA. Aparte de ello no admite para su publicación artículos científicos que contradigan opiniones oficiales, u oficiosas, del AMA. Así, por ejemplo, publica artículos sobre los peligros de la *mariguana*. «Estos aparecen llamados *estudios e informes*, aunque han ignorado muchos de los resultados científicos que la comunidad científica consideraría como válidos, y aunque ellos no se basan, desde luego, en investigaciones que el AMA haya realizado» (GOODE, 1971: 247). En cambio, respecto al tabaco el AMA ha adoptado una postura mucho más liberal, siguiendo en general corrientes proteccionistas, entre otras razones por las cuantiosas donaciones que la industria del tabaco ha hecho al AMA «para investigaciones» (véase mi trabajo sobre «El cáncer del aparato respiratorio y el tabaco», DE MIGUEL, 1973, b). Ante posturas tan distintas (en relación solamente con el tema de las drogas y similares) es difícil esperar una actuación congruente por parte del JAMA.

(43) *Principles of Medical Ethics*.

ideología del AMA. Por ejemplo, en el JAMA, del 30 de octubre de 1915 (página 1560), se afirmaba que:

«Un cuidado médico más eficiente, que un sistema de seguro de enfermedad puede proveer, es tan necesario para los trabajadores de California como lo era en Gran Bretaña. Con la iniciación del sistema de beneficios médicos, bajo el sistema obligatorio de enfermedad británico, por primera vez muchas personas han podido gozar del lujo de la atención médica, y por primera vez los médicos han podido tratar la enfermedad desde sus primeros desarrollos entre la población industrial. Los médicos ingleses han expresado su estupor ante la cantidad de sufrimiento que previamente había sido olvidado. Actualmente en este país, la carencia de cuidado médico entre amplios sectores de la población constituye el mayor argumento por un cambio hacia una protección médica más efectiva ofrecida por un seguro sanitario.»

Unos meses más tarde el JAMA establecía que sólo existía un sistema posible para remediar la situación: un seguro que cubriese el riesgo de enfermedad al menos en la mitad, y un sistema médico organizado que redujese el coste sustancialmente. Concluía: «El seguro médico contra la enfermedad reúne esas dos cualidades y, en consecuencia, está llamado a ser la solución indicada en todo el mundo» (44).

Es difícil precisar cuáles fueran las circunstancias históricas o psicológicas que produjeron esa reacción en el AMA, pero esta tendencia fue transformada radicalmente en los años veinte (45). El 27 de abril de 1920 la *House of Delegates* del AMA aprobó la siguiente resolución:

«Acordado, que la *American Medical Association* declara su oposición al implantamiento de cualquier plan que incluya un sistema contributivo de seguro contra la enfermedad, o cualquier otro tipo de seguro que ofrezca servicios médicos a sus contribuyentes, previsto, controlado, o regulado por cualquiera de los Estados o el Gobierno Federal.»

Esta declaración de principios tuvo un efecto secundario; esto redujo en gran medida la tendencia hacia la especialización médica y a la creación de

(44) JAMA, 11 de diciembre de 1915.

(45) Una explicación obvia son los años de la depresión, pues la primera actitud dura hasta el final de la década de 1910. Con el problema económico la profesión médica miró otra vez hacia sus propios intereses, abandonando ulteriores ideales pan-humanitarios.

grupos de médicos para la práctica conjuntada en los USA. Los efectos de estos cambios no quedan explicados con detalle en ninguna fuente. Parece que la disminución del poder de la profesión médica superó los afanes humanitarios en boga en el mundo. La conclusión fue que hacia 1940 la unión de médicos para la práctica en grupo era criticada acerbamente por los representantes del AMA, y también los programas que incluían un seguro médico relativo mediante un pago previo y regular de cuotas. De acuerdo con el sentir del AMA esos sistemas tendían al abuso y violaban las normas éticas de la profesión. En 1949, el doctor Fishbein, el «editor» del JAMA, consideraba que la tendencia hacia la formación de grupos de médicos, eran los primeros pasos hacia la implantación del socialismo en los Estados Unidos. En verdad, como se ha dicho, «el AMA lo vio todo rojo».

Hasta muy recientemente la seguridad sanitaria en los USA ha estado en manos privadas. Aunque el 72 por 100 de la población (al final de la década 1950) mantenía algún tipo de seguro médico, estas compañías privadas sólo pagaban un 22 por 100 del total del gasto de los servicios médicos. El porcentaje del total de gastos en sanidad cubierto por el seguro sanitario en USA se va incrementando lentamente (46):

Año 1948	...	...	...	...	...	...	8 por 100
» 1950	...	...	...	...	...	...	12 »
» 1955	...	...	...	...	...	...	21 »
» 1960	...	...	...	...	...	...	27 »
» 1962	...	...	...	...	...	...	31 »

A pesar de estos datos, en los años cincuenta el AMA todavía afirmaba que las necesidades de los necesitados y ancianos se estaban exagerando, y que lo más adecuado era un sistema de medicina privada junto a un sistema de beneficencia o caridad públicas (para pobres). Después de presiones de todo tipo, en 1959 el AMA cambió un poco su política, permitiendo al paciente «libre elección del programa o plan» en vez de la tradicional «libre elección del médico». Una forma típica de influir en la opinión pública de aquellos años consistía en difundir noticias como estas:

«Diversas encuestas demuestran que relativamente pocas personas de edad tienen una salud defectuosa. Los mayores de sesenta y cinco años están en mejores condiciones económicas que otros grupos de edad.» (47)

(46) BURROW (1963: 391), y RAYACK (1967: 58).

(47) Citado por HARRIS (1966: 141).

Actualmente en los Estados Unidos, y como consecuencia de estos intereses encontrados, no existe un programa nacional de seguro obligatorio de enfermedad para toda la población. Un primer paso ha sido dado con la aprobación en 1965 de un programa para financiar los servicios médicos para las personas de edad, llamado *Medicare*. Posteriormente también ha sido aprobado un programa especial para familias pobres, llamado *Medicaid* (o *Title 19*).

La tradición de la influencia política del AMA no es un descubrimiento moderno. Ya en 1899 fue creado un *Committee on National Legislation* que representaba un primer paso hacia la creación de una maquinaria política permanente dentro del AMA (48). Más tarde el AMA, y tras algunos fracasos obvios, contrató los servicios especializados de una Empresa privada, la famosa *Whitaker & Baxter*, con propósitos de propaganda y política. El costo de la contratación era tan alto que fue necesario elevar las cuotas de los miembros, y buscar dinero de otras fuentes. Puede decirse que en general la actividad política con esa nueva inyección en el presupuesto fue bastante efectiva.

Así, antes de las elecciones al Congreso de los Estados Unidos, la oficina central del AMA (49) envió un cuestionario «confidencial» a todos los directivos de las asociaciones profesionales médicas a nivel estatal y local. Este cuestionario es un documento que demuestra palpablemente el grado de organización del AMA en aquellos momentos. Lo que sigue es una traducción total:

1. ¿Quién es la persona o personas en cada municipio que tiene más influencia en el Congreso? Escribir los nombres, direcciones y ocupación o negocio de cada uno.
2. ¿Quién es el médico que conoce o que puede influir en cada uno de ellos?
3. ¿Quiénes son las tres o cuatro personas en el distrito que realmente le influyen? Escribir sus nombres, direcciones y su ocupación o negocio.
4. ¿Quiénes son los principales contribuyentes para su campaña electoral?
5. ¿Qué contactos tiene la profesión médica con ejecutivos o líderes de organizaciones como: *Blue-Cros*, *Blue Shiel* (50), dentistas cuadro directivo de los hospitales, cámaras de comercio, oficinas rurales? ¿Quiénes son los médicos que pueden hablar con esos líderes?

(48) BURROW (1963: 56).

(49) Que se halla radicada permanentemente en Chicago.

(50) Los *Blues*: las dos compañías más importantes de seguro privado médico en los Estados Unidos.

6. ¿Quién es el médico local del representante en el Congreso? ¿Y en Washington?
7. ¿Qué contactos tiene la profesión médica o quién conoce la secretaría en Washington del representante en el Congreso?
8. ¿Cuáles son los «hobbies» del representante en el Congreso, sus beneficencias favoritas, organizaciones, Iglesia?
9. ¿Qué periódicos en el distrito le apoyaron en su última campaña? ¿Cuál es la actitud actual hacia él?
10. ¿Qué contactos tiene la profesión médica con alguno, o todos, esos periódicos, directamente con el director o a través de otros ciudadanos influyentes o de los anunciadores?
11. ¿Qué importancia tienen los trabajadores en el distrito?
12. ¿Alguna de las organizaciones de trabajadores no están muy de acuerdo con la organización nacional, y por qué razones?
13. ¿Qué importancia tiene la población general en su distrito?
14. ¿Qué contactos mantiene la medicina organizada o médicos particulares con el representante en el Congreso?
15. ¿Cuál es su actitud general?

4. LA «BRITISH MEDICAL ASSOCIATION» (BMA)

La *British Medical Association* (BMA) fue creada en 1832 como una reacción contra los *Royal Colleges* que eran entonces considerados como excesivamente conservadores (51). Algunos autores han considerado a estos *Royal Colleges* como las organizaciones dominantes dentro de la profesión médica británica (52). Oponiéndose a tal enfoque Eckstein ha afirmado que no hay duda sobre la preeminencia de la BMA ni sobre el desarrollo de su poder sobre cualquier otro tipo de organizaciones médicas (53).

La BMA está compuesta por una federación de unidades locales que son llamadas «divisiones». El sistema de pertenencia a la BMA es el inverso al del AMA, es decir, que los miembros de la organización nacional (BMA) son

(51) Estos eran: *Royal College of Physicians*, *Royal College of Surgeons*, *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist*, *Royal Medico-Psychological Association* y *Royal Society of Medicine*.

(52) La opinión de STEVENS es que «los *Royal Colleges*, como élites, han sido la voz experta en la profesión en algunos campos de la política médica, particularmente en el campo de la educación y aprendizaje. Siendo órganos de consulta los *Colleges* han ejercido un control directo e indirecto sobre los *standards* de la profesión. También han desarrollado sus propios cánones de conducta» (1966: 283).

(53) ECKSTEIN (1960: 51-52).

automáticamente miembros de la *división* en la región en que desempeñan su profesión. Esto se produce con independencia de la rama en la que ellos trabajen, lo mismo sea un hospital, la práctica general, o sanidad pública. La proporción de médicos asociados a la BMA ha cambiado poco durante el presente siglo, y ha seguido una cierta tendencia al aumento:

Año 1900	...	...	...	...	50 por 100
» 1910	...	...	...	...	55 »
» 1920	...	...	...	...	51 »
» 1930	...	...	...	...	65 »
» 1940	...	...	...	...	63 »
» 1950	...	...	...	...	77 »

Curiosamente los porcentajes son muy similares a los del AMA, aunque recientemente la BMA ha completado de modo más eficaz sus efectivos.

Los objetivos de la BMA son explícitamente no-políticos. De acuerdo con el estudio realizado por Eckstein en 1960 «la BMA juega un papel político, pero de mala gana. Sus fundadores y primeros líderes la concibieron como una asociación puramente científica» (54). En consecuencia el nivel de apatía y de indiferencia de un miembro cualquiera dentro de la BMA es mayor incluso que en el AMA. Los líderes de la BMA se sienten a veces incapaces de movilizar a los miembros para acciones de tipo político (como huelgas).

El principal problema de la profesión médica británica es la profunda división entre médicos generales (GPs) y especialistas (*consultants*). El sistema sanitario de la Gran Bretaña está basado en centros sanitarios en donde los médicos generales atienden a los enfermos en su primera visita. Si es necesario los pacientes son enviados a los hospitales en donde se encuentran los especialistas. En general, estos últimos mantienen ingresos mucho más elevados que los médicos generales (55). Un médico general en el Reino Unido es pagado con arreglo al número de pacientes que le corresponden (una cuota), e independientemente del número de visitas o de veces que va a sus pacientes, o del nivel de dedicación del médico a sus pacientes. Este sistema tiende a reducir la calidad de la asistencia médica e incrementa la demanda de los servicios sanitarios (gratuitos). Ambos problemas han sido los más importantes en el sistema sanitario británico en estas últimas décadas.

A diferencia del AMA, las relaciones de la BMA con el ministro de Sanidad han sido «estrechas y amistosas» (56). El sistema peculiar del BMA de

(54) ECKSTEIN (1960: 40).

(55) En cualquier caso estas diferencias han disminuido bastante: de un 92 por 100 en 1948 hasta un 48 por 100 en 1965. (STEVENS, 1966: 318.)

(56) ECKSTEIN (1960: 88).

reducir el número de conflictos es el de crear comités *ad hoc* para todo tipo de propósitos. Los más importantes son estos tres: el *General Medical Services Committee* (o GMSC), el *Central Consultants and Specialists Committee* (CCSC) y el *Public Health Committee* (PHC).

Los ejecutivos y líderes de la BMA mantienen un nivel de libertad e independencia bastante alto. En este esquema la mayoría es realmente «silenciosa» y representa un grupo netamente pasivo dentro de la BMA (57). Por otro lado las manifestaciones comunitarias del BMA carecen de un fuerte contenido político debido a su propia constitución: para que las decisiones de la Asamblea general anual sean efectivas (esto es, consideradas como decisiones de la Asociación) deben alcanzar la mayoría de dos tercios. Junto a esto hay que tener en cuenta que el órgano ejecutivo (el *Council*) es demasiado numeroso (cerca de un centenar de miembros) y con pocas reuniones a lo largo del año. Así, pues, el presidente del Consejo (el *Chairman*) es una figura poderosa dentro de la estructura de la BMA. Es elegido por el tiempo que él estima conveniente, lo que es lo mismo que decir: el tiempo que él desee serlo.

Como consecuencia de esta complejidad, y de la falta de canales claros de responsabilidad todas las discusiones y polémicas son llevadas a cabo principalmente en estos dos comités: el *General Medical Services Committee* (GMSC) como representante de todos los médicos generales, y el *Central Consultants and Specialists Committee* (CCSC) por parte de los médicos especialistas. Aquí se produce otra de las peculiaridades típicas del sistema británico: en el GMSC están representados *todos* los médicos generales en el Servicio Sanitario Nacional y no sólo los que son miembros de la BMA. Así, pues, se han llegado a presenciar situaciones como la del GMSC atacando la política de la BMA.

Sucede también que la autoridad e influencia del GMSC o del CCSC y del *Joint Consultants Committee* (JCC) son, en muchos casos mayores que la del *Representative Body* e incluso que la del *Council* de la BMA. De hecho el JCC es el órgano con mayor influencia dentro del Servicio Sanitario Nacional, más que la BMA (58).

(57) «La estructura básica de la política de la BMA es, en todo aspecto importante, típicamente británica. En un lado, hay una organización formal casi monolítica que es un grupo de interés; la mayor parte de los elegibles son miembros de esta organización formal; la organización es altamente burocrática, y sus representantes gozan de una considerable cantidad de autoridad independiente, esto es, de libertad del control del resto de los miembros» (ECKSTEIN, 1960: 49).

(58) El JCC no mantiene una relación institucional con la BMA. Está formado por ocho miembros de los *English Royal College*, tres de los *Scottish Colleges*, diez del CCSC, dos de la *British Dental Association* y un presidente.

Formalmente la BMA no es un sindicato. Con anterioridad a 1949 se produjeron ciertas conversaciones con la idea de transformar la BMA en un sindicato, con la posibilidad de reunir fondos para campañas políticas, y de organizar huelgas. Estas ideas fueron finalmente rechazadas, y en su lugar se creó el *British Medical Guild* como un organismo separado de la BMA, con propósitos netamente políticos.

El Código de ética médica (59) de la BMA establece claramente que «la medicina moderna no puede ser practicada en aislamiento» (60). En el Reino Unido el Servicio Sanitario Nacional (61) es *de facto* un monopolio de empleo, y prácticamente todo médico en activo mantiene un contacto con esa organización (62). Junto a esta aceptación de la práctica en grupo, la BMA se definió (a partir de las *Poor Laws* y de los «seis puntos cardinales») a favor de la elección libre del médico por parte del paciente (63).

Años más tarde, en la década de 1940, los médicos británicos formularon estos «siete puntos básicos» de la profesión médica (64):

1. No al servicio asalariado de jornada completa.
2. Libertad para practicar sin la interferencia del Estado.
3. Libertad del médico y del paciente de pertenecer al Servicio o no.
4. Libertad de elección del médico sobre la forma y lugar de su desempeño profesional, sin la interferencia del Estado.
5. Libertad por parte de cada médico colegiado de participar en el Servicio, si así lo desea.
6. Un servicio hospitalario planificado, dividido en regiones con arreglo a los hospitales clínicos universitarios (65).
7. Representación médica proporcional en todos los órganos administrativos relacionados con el Servicio.

Estos ideales crearon numerosos problemas al seguro de enfermedad británico. Hacia 1952 la situación era la siguiente: «de tres millones de gafas que había para el primer año, dos millones habían sido adjudicadas ya en

(59) *Medical Ethics*.

(60) BMA (1970: 72).

(61) Generalmente llamado NHS (National Health Service).

(62) LINDSEY (1962).

(63) Para más detalles puede verse VAUGHAN (1959: 202) y LITTLE (1932?: 328).

(64) VAUGHAN (1959: 223-224).

(65) *Teaching hospitals*.

los dos primeros meses. La demanda en servicios dentales fue prodigiosa: la estimación del Servicio Sanitario del presupuesto para esta rama en los primeros nueve meses fue de 7.150.000 libras esterlinas. La suma real gastada fue de 17.544.783 libras esterlinas. En 1951 más de la mitad de la población de Inglaterra y Gales había visitado el dentista, y se habían recetado cerca de siete millones de dentaduras postizas (parciales o completas). Las salas de espera de los médicos crecieron y estaban rebosantes. Ahora que el tratamiento médico era "gratis", millares de personas visitaron al doctor con enfermedades leves, serias e imaginarias, que previamente se hubiesen curado por sí mismas, o autorrecetándose. Algunos observadores vieron en esto una ola de hipocondría, sintomática de una sociedad desorganizada y neurótica; otros afirmaron que ello evidenciaba que la construcción de un Estado de bienestar (o Estado social) había encubierto el pecado original en forma de oportunismo deshonesto. El "Estado de bienestar" se convirtió en un término de oprobio, y se acuñaron expresiones como el Estado de los estafadores, el Estado de topo-por-nada y el Estado de Santa Claus» (66).

Conviene tener en cuenta que en el Reino Unido la prensa médica es más libre que en los Estados Unidos. Así, por ejemplo, el suplemento del *British Medical Journal* está abierto a la oposición. Incluso aún más, el BMJ no es la revista médica de más difusión en el país, sino que lo es *The Lancet* (67), que usualmente toma una línea independiente en materia sanitaria.

5. DEMOCRACIA Y PODER EN LAS ASOCIACIONES PROFESIONALES MÉDICAS

Glaser ha establecido las siguientes leyes entre la profesionalización y el reclutamiento de médicos para puestos de la Administración pública: 1) Cuanto menos desarrollada es la profesión médica sus miembros serán reclutados con mayor frecuencia para puestos no-médicos en la Administración. 2) Cuanto menor sea el *status* en la profesión médica mayor será ese reclutamiento; y 3) Los cambios en la práctica médica pueden producir un incremento en el número de médicos trabajando para la Administración pública (cambios en medicina hospitalaria, medicina preventiva, etc.). Sin embargo, creemos que Glaser olvida (o no tiene en cuenta) motivaciones de tipo psicológico, tales

(66) VAUGHAN (1959: 236-237).

(67) *The Lancet* no pertenece ni depende financieramente de la BMA.

como las ventajas que los médicos privados pueden obtener al dedicarse a la política, y que como es sabido varía según los sistemas (68).

Se observa que, en general, la reelección de los delegados y representantes es el suceso común en las asociaciones profesionales médicas (69). Para el AMA esta descripción es completamente válida: «aunque los procedimientos son democráticos al nivel local, muchos miembros no tienen suficiente interés como para asistir a las reuniones. Los médicos están extremadamente atareados con su profesión y tienen poco tiempo libre para dedicarlo a problemas de la medicina organizada... Así, los pocos médicos que están interesados en política de la medicina pueden fácilmente conseguir el poder e influencia desproporcionadamente a su fuerza numérica» (70). Incluso si los miembros de una asociación están en contra de un médico perteneciente a la «minoría activa» es difícil para ellos removerle del puesto. En el caso del «editor» (del JAMA o del BMJ) esto es incluso más difícil por las oportunidades de propaganda que ese puesto incluye: «Es una cuestión de años cambiar el "editor", suponiendo que esté en buenas relaciones con la directiva de la organización. Mientras tanto, él se puede defender mejor que sus oponentes puedan atacarle, dado que tiene la principal revista médica de la nación en sus manos» (71). También hay que tener en cuenta que el mecanismo de presentación de candidatos («nominating processes») en el caso del AMA proporciona una posibilidad extra a los líderes en el poder.

Sin embargo, en las organizaciones profesionales médicas suele existir un

(68) GARCEAU afirma: «Un número cuantioso de la "minoría activa" se dedica a la política médica por las ventajas que les puede reportar a sus carreras como médicos privados. Las presidencias conllevan un prestigio considerable a los ojos de sus propios colegas. Al menos sus nombres se convierten en conocidos. Tratan a una gran variedad de doctores en diferentes ramas de trabajo, y en diferentes regiones. Sus oportunidades de consulta se expanden mucho. Incluso el puesto de delegado en una sociedad estatal conlleva la mayoría de estas posibilidades, aunque en grado menor. Para apreciar el poder de estas motivaciones, no hay más que recordar que la propaganda directa no está permitida, particularmente a los jóvenes y con menores distinciones científicas. La política ha salvado a muchos pasables —pero no distinguidos— médicos de las desventajas económicas de ser olvidados» (1941: 64).

(69) Esto cuando no se produce una alternancia en el puesto (pseudoinstitucionalizada), por parte de dos o más personas.

(70) HYDE (1954: 944).

(71) GARCEAU (1941: 87). En este caso parece que se refiere veladamente al doctor FISHBEIN («editor» del JAMA por muchos años) quien ha sido denominado como «el símbolo de un viejo liderazgo reaccionario» (HYDE, 1954: 1011). Actualmente el doctor FISHBEIN ya no es el «editor» del JAMA.

cierto grupo de oposición. En una asamblea del AMA en 1961 el presidente de la *Group Health Association* decía:

«Estoy aquí representando —no oficialmente— un número cada vez mayor de médicos a lo largo del país —cuya voz no ha sido nunca oída por causa de la inexistencia de un lugar dentro del AMA en donde opiniones contrarias puedan ser expresadas. Esto ha sucedido a causa de la estructura básica del AMA, en la cual las reglas democráticas terminan al nivel local...

Actualmente la así llamada "medicina organizada" habla en nombre de sólo una fracción de médicos en el país —probablemente la fracción más pequeña en los últimos quince años—» (72)

Otro tipo de oposición al AMA apareció en algunas asociaciones del nivel local, como, por ejemplo, la *New York State Medical Society*, que ya en los años 1930 afirmaba categóricamente que «la salud de las personas es responsabilidad directa del Gobierno» (73).

Como otros grupos sociales la profesión médica tiende a desempeñar el papel del control, en su doble aspecto: positivo y negativo. Así, por ejemplo, en la parte *positiva* del control: las asociaciones profesionales médicas ofrecen generalmente a sus miembros un seguro contra impugnaciones por parte de sus pacientes. En los Estados Unidos a un médico no perteneciente al AMA le sería difícil acceder a este tipo de seguro; «las tasas del seguro son cerca del 20 por 100 más altas para los que no son miembros de las asociaciones médicas, y algunas Compañías se niegan a contratarles este seguro. Bastantes asociaciones locales mantienen un sistema de seguro para sus miembros. De acuerdo con los datos del AMA en 1958, 18.500 médicos, alrededor de uno de cada siete, habían sido impugnados por sus clientes, con un coste total en daños y perjuicios, y honorarios legales, estimados entre 45 y 50 millones de dólares» (74). En la parte *negativa* las asociaciones controlan las posibilidades por parte de los miembros de anunciarse o hacer propaganda (75).

(72) Citado por RAYACK (1967: 13). Véase también JAMA (19 de febrero de 1949). *A protest against the present attitudes and policies of the AMA in regard to the problem of medical care.*

(73) SIGERIST (1938: 476).

(74) RAYACK (1967: 8).

(75) Véase, por ejemplo, los *Medical Ethics* de la BMA. «La palabra anunciarse en conexión con la profesión médica debe considerarse en un sentido amplio, incluyendo todas las formas por las que una persona se hace públicamente conocida, ya sea por sí

Otras formas de control incluyen el derecho de asociación, y la conducta posterior de los asociados. Por ejemplo, en 1961 el articulado de la constitución del AMA fue cambiado dando a la asociación el poder de «suspender o revocar la pertenencia al AMA de cualquier médico culpable de violar los *principios de ética médica*, o la política ética de la AMA, independientemente de si se ha emprendido una acción o no a nivel local». En 1883 y 1884 el AMA anuló la pertenencia a la asociación a varios médicos de la asociación médica del Estado de Nueva York. En 1929 una asociación médica local en Oklahoma trató de expulsar al doctor Shadid. Dadas las dificultades habidas en el proceso, la asociación decidió la inteligente maniobra de disolverse, volviéndose a reorganizar seis meses después sin su presencia (76).

Pero probablemente el *affaire* más importante en la historia de las asociaciones profesionales médicas fue el habido entre el AMA y la *Group Health Association* de 1937 a 1943. Después de la denuncia establecida por el fiscal T. Arnold (en 1938) la Corte Suprema de los Estados Unidos sentenció culpable al AMA por considerar que varias de sus asociaciones profesionales médicas locales (y en especial la del Distrito de Columbia) habían conspirado en contra de la *Group Health Association* en las siguientes formas: 1) Imponiendo controles a los médicos afiliados al *Group Health Association* amenazándoles con la expulsión, e incluso expulsándoles de las asociaciones médicas. 2) Denegándoles los contactos profesionales esenciales con otros médicos; y 3) Utilizando el poder coercitivo de las asociaciones para imposibilitar el uso para sus pacientes de los hospitales de la región.

Otro tipo de control, ya citado, es el de la competencia, ya sea legítima o ilegítima. Por ejemplo, hasta 1940 aproximadamente, la mitad de los Estados de USA prohibían el desempeño profesional a médicos extranjeros. También la lucha contra los curanderos es típica de todas las asociaciones profesionales médicas. Algunas protestas se produjeron contra estos tipos de controles, como quedan reseñadas, por ejemplo, en un clásico ensayo sobre

mismo o por medio de otros sin objeción por su parte, en la manera en la que pueda suponerse que lo hace con el propósito de obtener clientes o promover su propia ganancia profesional» (BMA, 1970: 87).

(76) Hacia 1929, el doctor Michael Shaddi, un inmigrante sirio que había hecho una gran fortuna como médico privado, y que deseaba compartirla, donó veinte mil dólares a la *Farmers Union Hospital Association*, en Oklahoma, y con esta suma promovió la primera cooperativa médica de la nación: el *Community Hospital-Clinic* de Elk City. La asociación médica local, a la que el doctor Shadid había pertenecido por más de veinte años, trató de impedir que fuese adelante en el proyecto. Cuando eso falló, trató de expulsarle. Cuando eso, también, falló, la asociación se disolvió y se reorganizó sin él» (HARRIS, 1966: 13).

Las maquinaciones del AMA (77). Esta especie de panfleto decía refiriéndose al AMA: «el monopolio es una de las conspicuas características del sindicalismo médico. Nadie que no tenga la tarjeta puede trabajar, y no hay más que una forma de conseguirla, esto es, la de aceptar los requisitos arbitrarios del Sindicato Central. A los que no aceptan al Sindicato se les aplica el epíteto derogatorio de "curandero" e "irregular" que son equivalentes al término "esquirol" en el argot de los sindicatos» (78).

En general las asociaciones profesionales médicas tienden a actuar como grupo de interés en uno de estos dos supuestos: 1) cuando los «standards» de calidad empiezan a disminuir, y 2) cuando el prestigio de la profesión se ve amenazado. Por ejemplo, en 1911 más de 26.000 médicos de la BMA firmaban el siguiente acuerdo:

«El abajo firmante se compromete, en el caso de que la ley del NHI sea aprobada, a no entrar en ningún tipo de acuerdo para proporcionar atención médica y tratamiento asegurado en la ley, excepción de que sea satisfactoria a la profesión médica y de acuerdo con la política expresa de la BMA; y que aceptaré el acuerdo solamente a través de un comité médico local representante de la profesión médica en el distrito en el que desempeño mi profesión, y no aceptaré ningún otro acuerdo individual con ninguna asociación u otro organismo para el ciudadano de tales personas.» (79)

Por supuesto, un acuerdo de este tipo es suficiente para paralizar una ley o una reforma que no vaya en los intereses de la profesión médica. Pero la potencia de una profesión médica se mide por el poder que representa la existencia de una maquinaria de tipo político en el seno de su asociación. En 1961 el AMA creaba el AMPAC (o *American Medical Political Action Committee*) como una rama de su organización. Cuando este tipo de organismos no existen el éxito político de una asociación profesional médica puede ser cero, como ocurrió con la BMA: «el dato irrefutable es que la BMA ha perdido todas sus polémicas públicas más importantes sobre política médica en las que se ha visto envuelta durante este siglo» (80). Difícilmente se podría afirmar lo mismo del AMA: «algunos expertos parlamentarios de Washington han afirmado que el AMA es la única organización del país

(77) STRONG (1909).

(78) STRONG (1909), hay que hacer notar que el editor del citado libro era *The National Druggist*.

(79) Véase LITTLE (1932?: 327-328).

(80) ECKSTEIN (1960: 92).

que puede reunir 140 votos en el Congreso entre el viernes por la tarde y el lunes al mediodía» (81). Pero todo tiene un coste, incluso (o sobre todo) en política. La campaña de tres años y medio (82) sobre «educación nacional» le costó al AMA cerca de cinco millones de dólares de su presupuesto.

La relación entre las asociaciones profesionales médicas y el Gobierno, no es fácil de establecer, y varía de tema a tema. La BMA es a menudo considerada como «*el enemigo principal del ministro, y una víctima de la política que este último elabora. No es así. En su forma actual —una organización altamente burocratizada y rica—, es más bien la criatura que la víctima de las medidas políticas en sanidad pública*» (83). La conducta del ministro de Sanidad británico ha sido tradicionalmente de pedir consejo a los grupos profesionales médicos.

En otras ocasiones el poder de las asociaciones profesionales médicas es negativo, es decir, que alcanza sólo a prohibir al Gobierno el control de ciertas instituciones (seguros de enfermedad, hospitales universitarios, etc.). Un caso de estos fue el de las donaciones a las facultades de medicina en los USA hasta 1950 (84).

Otro poder de las organizaciones profesionales médicas es el de la ideologización de sus miembros, y de la opinión pública en general (85). Algunos de los «slogans» y declaraciones del AMA, utilizados en el JAMA, para atacar al seguro obligatorio de enfermedad, decían (86):

«Bajo el seguro obligatorio de enfermedad no tendremos oportunidad de decir lo que queremos.»

«El médico trabajará asalariado, y deberá estar preparado a vender sus servicios según el "valor de mercado".»

«Los filántropos profesionales son todos partidarios del seguro obligatorio de enfermedad; están tratando de imponernos algo para nuestro detrimento.»

(81) HYDE (1954: 955).

(82) De 1949 a 1952.

(83) ECKSTEIN (1960: 48).

(84) El AMA se negó a admitir las ayudas a las Facultades de Medicina que menoscabasen —dado su cantidad global— la libertad de su control y regulación política. Pero en verdad su política fue de oposición a todo tipo de ayudas (véase HYDE, 1954: 1002).

(85) En 1938 HENRY E. SIGERIST comentaba: «Un servicio médico que no fuese según el sistema tradicional fue llamado indiscriminadamente *medicina socializada*, un término vago que pocos se preocuparon en definir; un término que olía a socialismo o incluso a bolchevismo, y que fuera el que fuese su sentido podía seguramente implicar algo totalmente antiamericano» (1938: 467).

(86) La mayoría corresponden a 1917 (citado por RAYACK, 1967: 143).

«Los albañiles parecerán aristócratas en comparación a los médicos.»

«Un médico mal pagado no hará un buen trabajo; un médico con demasiado trabajo no puede hacer un buen trabajo.»

Años más tarde (hacia 1927) el JAMA atacaba la práctica médica en grupo considerándola como un sistema de «medicina soviética». Así apuntaba: «la división es clara, en un lado, las fuerzas que representan las grandes fundaciones, el señorío de la sanidad pública, la teoría social —incluso el socialismo y el comunismo— incitando a la revolución; en el otro lado, la organización médica organizada de este país, propugnando una evolución ordenada».

Otro caso es el de la, así llamada, «Campaña de Educación Nacional» de la famosa Compañía *Whitaker & Baxter* (a cargo del AMA), que utilizaba un libreto de quince páginas con preguntas y respuestas estilo «catecismo». Se titulaba: *El sistema voluntario es el sistema americano* (87). El tono de este catecismo ideológico puede desprenderse de estos ejemplos:

Pregunta: ¿Quién está a favor del Seguro de Enfermedad?

Respuesta: La administración federal. El presidente. Todos los que creen seriamente en un Estado socialista. Toda organización de izquierdas en América... El partido comunista.

Pregunta: ¿La medicina socializada tenderá hacia la socialización de otros aspectos de la vida americana?

Respuesta: Lenin pensaba así: El declaró: «La medicina socializada es la piedra clave del Estado socialista» (88).

Este sistema de ideologizar la opinión pública no ha decrecido en la actualidad. En 1964, el *Maryland Medical Political Action Committee*, en los Estados Unidos, envió numerosas cartas pidiendo dinero. En tales cartas, y después de haber solicitado las donaciones voluntarias, se incluía este increíble y confuso párrafo (89):

«Dimitri Manuilsky, un ejecutivo soviético, antiguo presidente del Consejo de Seguridad en la ONU, dijo en la *Facultad de Política Militar "Lenin"*, en Moscú, en 1930: "La guerra total entre

(87) *The Voluntary Way is the American Way*.

(88) Inútil señalar que eso nunca lo dijo Lenin. HARRIS comenta (1966: 43-44): «El personal investigador de la Biblioteca del Congreso nunca ha podido encontrar esa cita, o algo por el estilo, en la obra completa de Lenin.»

(89) HARRIS (1966: 172-173).

el comunismo y el capitalismo es inevitable. Hoy, desde luego, no somos lo suficientemente fuertes para atacar. Nuestra baza vendrá en 20 ó 30 años. Para vencer necesitaremos del elemento de sorpresa. La burguesía dormirá. Entonces empezaremos a organizar el movimiento de paz más espectacular de la historia. Se harán aperturas electrizantes, concesiones extraordinarias; los países capitalistas, estúpidos y decadentes, se regocijarán en su propia destrucción. Ellos intentarán tener otra oportunidad de ser amigos. Tan pronto como estén desprevenidos los aplastaremos con nuestro fuerte puño".»

6. CONCLUSIONES

Al comienzo de 1970, aproximadamente cuatro millones de personas en los Estados Unidos estaban empleadas en la industria sanitaria. En Gran Bretaña, la organización sanitaria es la tercera más grande del país. Parece que la importancia numérica de los médicos en la industria sanitaria es menor cada día. La sanidad pública y los hospitales aumentan su influencia. Los médicos dejan de ocupar los puestos en la dirección de los hospitales y dan paso a personas más especializadas en esas materias. Cada vez los médicos son una proporción más pequeña en el total del personal empleado por la sanidad de un país.

Sin embargo, no es fácil demostrar que exista una disminución en el *poder* de la profesión médica, como ha sido señalado varias veces. La profesión médica sigue siendo la *profesión* por antonomasia. Freidson ha afirmado que «su característica más importante es su preeminencia. Tal preeminencia no es meramente la de su prestigio, sino también la de su autoridad de experto» (90). Ha sido sugerido que el poder político del AMA se atribuye al *status* del médico en la sociedad (91). Esto, sin embargo, no es aplicable a la BMA. Creemos, pues, que la relación entre ambas variables no es totalmente cierta, aunque el *espíritu de cuerpo* de la profesión médica sea, en general, todavía muy alto en casi todos los países. Este sentido de grupo suele reforzar normalmente su *status* en la sociedad (92).

(90) FREIDSON (1972: 5).

(91) HYDE (1954: 954).

(92) «La admisión selectiva a las Facultades de Medicina, la socialización efectiva durante su educación, la generosa estructura de recompensas durante el desempeño de la ocupación, el fuerte *esprit de corps* dentro de la profesión, y el control frecuente por parte del grupo de referencia de médicos, todos combinados producen una fuerte lealtad a la medicina» (GLASER, 1960: 232).

El objetivo en muchos países de democracias burguesas es el de crear modelos socializados de medicina y sanidad que son cada vez más próximos a los de democracias socialistas, pero salvaguardando al máximo el prestigio, los ingresos y la preeminencia de la profesión médica. Por supuesto, este proceso no es simple, y está lleno de problemas.

Como hemos visto, el sistema de pertenencia a la asociación introduce ya diferencias estimables entre las dos organizaciones profesionales médicas estudiadas. En el AMA un médico consigue un *status* de miembro sólo a través de la asociación local, mientras que en la BMA la pertenencia a la asociación local es automática una vez que el médico está inscrito en la asociación nacional. Esto supone un gran control local en el caso de los Estados Unidos, con un tipo de asociacionismo más conservador, e incluso en algunos casos son niveles altos de caciquismo. El AMA es un monopolio que no admite competencia. En general, esta es una característica común de todas las profesiones (93). Así el control de la asociación con respecto a negros, mujeres, curanderos, etc., se ha mantenido con fuerza dentro del AMA. Este monopolio ha alcanzado a atacar a otras profesiones (psicólogos, osteópatas), y a los sistemas de medicina en grupo, seguros de enfermedad, etcétera.

La función manifiesta de la profesión médica es el cuidado de la salud de la humanidad. Este ha sido también el objetivo de las asociaciones profesionales médicas. Pero junto a esta norma altruista existe una función latente que ha sido la de salvaguardar los intereses (y entre ellos los económicos y políticos) de la profesión. Es posible afirmar que la ocupación que ha llevado más tiempo (y esfuerzos) al AMA ha sido la de mantener (e incluso elevar) la posición económica de la profesión. Algunas veces, como es natural, se producen conflictos entre ambos tipos de funciones, manifiestas y latentes. Se podría afirmar que durante estos conflictos la BMA ha aceptado generalmente su función manifiesta, mientras que el AMA ha combatido por su función latente.

Se puede afirmar también que una buena parte del poder de una asociación profesional médica es el grado de calidad de sus miembros, y la falta generalizada de conocimientos (de tipo médico) del consumidor. Y esta situación (aunque varía de lugar a lugar) es difícil de cambiar.

En las asociaciones profesionales médicas la actividad política es normalmente desaprobada por los propios miembros de la asociación, y/o por la

(93) «Una característica esencial de un concepto útil de profesión es la posesión de algo así como un monopolio sobre el ejercicio de su trabajo» (FREIDSON, 1972: 21).

opinión pública, y el Gobierno. Existe un conflicto interno constante en la asociación: el que se produce entre los deseos más o menos explícitos de influencia política (y el uso de ciertos medios), y la ética médica.

La minoría activa es bastante constante en las asociaciones profesionales médicas, o al menos tan constante como en otras organizaciones democráticas. Esto no es siempre funcional para la asociación, ni para sus miembros en todos los casos, pues la minoría politizada pierde parte de su prestigio o conocimientos profesionales (médicos) (94). Sin embargo, se produce una diferencia entre el AMA y la BMA. En el AMA los especialistas dominan la asociación, mientras que BMA tiende a ser dirigida por los médicos generales. Quizás por esto la BMA es un grupo de presión mucho más débil que el AMA.

Todas las características reseñadas tienden a configurar las asociaciones profesionales médicas como sindicatos. El grado de sensibilidad sobre esta definición es muy alto. En el caso de la BMA está prohibido, según sus artículos, tomar ninguna acción que lleve hacia una actuación tipo-sindicato, y cualquier insinuación de que la BMA es un sindicato produce una elevada dosis de irritación entre sus miembros (95). Ambas organizaciones estudiadas han pretendido, en diversos momentos de su historia, crear Comités y organizaciones paralelas con propósitos claramente políticos. Así, la BMA creó una institución fantasma que nunca llegó a funcionar debidamente: el *British Medical Guild*. El AMA fue más exitosa en sus propósitos contratando con Empresas privadas especializadas, utilizando para ello, naturalmente, los fondos de la asociación. Estas compañías se ocupan de las relaciones políticas, y las campañas de opinión pública. El coste de estos contratos ha sido increíblemente alto, conforme a los presupuestos *publicados* por el propio AMA. Por ejemplo, en la campaña contra el *Medicare* (en 1965), en los tres primeros meses el AMA desembolsó cerca de un millón de dólares. Sin embargo, cuando el coste de las campañas políticas es muy alto, las asociaciones profesionales médicas tienen que recurrir a ciertas medidas impopulares, como son: aumentar las cuotas de sus miembros, o utilizar fondos de dudosa legitimidad o procedencia. Esto, naturalmente, reduce las posibilidades de actuación de las asociaciones profesionales médicas en la forma de sindicatos.

La oposición desde dentro de las asociaciones profesionales médicas es poco

(94) Se produce una *deteriorización médica* en los líderes que GLASER ha visto así (1960: 234): «Cuando un médico trata de acceder a un puesto público importante, debe sacrificar todo o parte del desempeño de su profesión, y una restauración completa es después problemática.»

(95) Al menos esta es la opinión de críticos, como VAUGHAM (1959: XIV).

eficaz, pues choca contra el control del presupuesto, revistas, contactos y puestos clave en la organización. El AMA ha tendido a no reconocer la oposición interna, y el JAMA se ha opuesto generalmente a la publicación de comentarios o críticas contra las opiniones oficiales del AMA. En la otra parte, la BMA ha reconocido e institucionalizado la oposición. Al nivel de la profesión médica, los *Royal Colleges* siguen siendo muy poderosos, y son los verdaderos líderes. Al nivel de la opinión impresa, *The Lancet* y otras revistas presentan una alternativa al *British Medical Journal*.

En general, el sistema británico adolece de dos dificultades: 1) Su complejidad de organismos y Comités con solapamientos continuos de funciones; y 2) La falta de un canal objetivo de responsabilidades en la BMA. Los así llamados: GMSC, CCSC, JCC, BMA, GPs (96), MDs (97), e incluso los *Royal Colleges* mantienen responsabilidades diferentes, pero coincidentes. Debido a estas dos dificultades expresadas la resolución de problemas entre la asociación profesional médica y el ministro es peculiar. La BMA trabaja como un órgano de consulta, y pocas veces la discusión trasciende al público. En el otro lado, el AMA se empeña en dirigir las ideas de sus miembros, y utiliza grandes cantidades de recursos para moldear la opinión y, sobre todo, su imagen pública. En los Estados Unidos, la actuación del AMA convierte los conflictos en públicos, haciendo así su solución generalmente más difícil. Se observa, pues, que un punto de vista es predominantemente «oligárquico» (o «aristocrático»), mientras que el otro es más «democrático».

El tema capital de las relaciones de las asociaciones profesionales médicas con la sociedad en este siglo ha sido el del sistema de seguridad sanitario de la población. En Gran Bretaña, la urgencia de crear un sistema obligatorio de seguro de enfermedad que se ocupase, en primer lugar, de los pobres, apareció relativamente temprano, cuando la BMA era todavía muy débil, y la profesión médica se encontraba muy dividida. En los Estados Unidos, la tendencia socializante de la medicina apareció cuando el AMA era ya un grupo extraordinariamente poderoso. El AMA, pues, luchó en mejor posición que la BMA en contra de la seguridad sanitaria nacional. Tan sólo recientemente la influencia masiva de numerosos grupos y el nivel de incompetencia de la esfera privada, han movido a los grupos en el poder, y a la opinión pública, a la aceptación del *Medicare* y del *Medicaid*.

El interés público, por encima de los intereses particulares de una asociación determinada, ha terminado por preponderar en ambos sistemas. Por citar

(96) *General Practitioners* (médicos generales).

(97) *Medical Doctors* (médicos).

una opinión oficial, ésta del veredicto en el *Caso del Group Health Association* contra el AMA en 1938 (98):

«Las profesiones existen porque las personas consideran que serán mejor servidas permitiendo que expertos con una especial preparación se ocupen de sus necesidades. Los monopolios que las profesiones disfrutan constituyen en sí mismos una restricción severa de la competición. Pero son restricciones que se basan en capacidad y formación, no en privilegio. Estas no justifican acciones criminales concertadas que impidan a las personas desarrollar nuevos métodos de cubrir sus necesidades. El pueblo otorga el privilegio del monopolio profesional y el pueblo puede retirarlo.»

7. UNA NOTA SOBRE FUTUROS ESTUDIOS

En este trabajo puede detectarse un sesgo aparente: el de que se han acumulado muchas más opiniones críticas respecto del AMA que sobre la BMA. Esto puede significar dos cosas: 1) Que el AMA actúa más como un grupo de presión y, en consecuencia, desencadena mayor número de actitudes desfavorables en la opinión pública; y 2) Que el AMA es más «democrática», que hace públicas sus polémicas, presupuestos, discusiones, etcétera, tratando de influir a través de canales democráticos no-particularistas. Creemos que ambas hipótesis son verdaderas. El hecho es que hay mucho más material publicado en torno al AMA que a la BMA (99).

Hemos intentado en este primer artículo exploratorio presentar un material básico para la comparación de *asociaciones profesionales médicas*. Por eso, en general, nos hemos concentrado en las similitudes del AMA y la BMA, más que en las características que las diferencian. No se ha tratado, pues, tanto de explicar dos organizaciones concretas, como de analizar características o tendencias generales a través de la conducta de las asociaciones profesionales médicas y la sociedad.

En un estudio posterior sería importante enfocar con más detalle las diferencias entre ambas organizaciones, analizar su origen y posibles efectos. Con-

(98) Citado por HARRIS (1966: 18). Puede verse también las actas del juicio en AMA (1941).

(99) Significativamente algunos de los mejores estudios sobre la BMA (así los de STEVENS o ECKSTEIN) han sido realizados por profesores actualmente en Universidades americanas.

vendría también acumular más datos allí donde se producen interpretaciones contrapuestas (como, por ejemplo, las de Eckstein y Stevens respecto del rol de la BMA frente al Ministerio de Sanidad). Habría que profundizar sobre las causas por las que la BMA aparece como un grupo de presión mucho más débil que el AMA. Alguno de estos factores han sido mencionados en las páginas anteriores, pero parece que no existe un trabajo monográfico que las estudie de una forma sistemática.

A pesar de utilizar materiales desde principios de siglo, la comparación de ambas organizaciones se ha realizado más bien en un plano estático, siguiendo muy levemente el recorrido histórico más propio de algunos de los estudios consultados (Fishbein, Lindsey, Little, Vaughan, etc.). También faltan por investigar los años más recientes, con los cambios posteriores a la implantación, en 1966, del *Medicare* en los Estados Unidos, e incluso alcanzar a predecir las futuras tendencias del AMA y la BMA en el panorama de la sanidad de los dos países.

Creemos también que una comparación con los *Colegios de Médicos* de España (y otras asociaciones profesionales médicas) sería clave para la comprensión global del fenómeno. De hecho, el caso español no es fácilmente comparable a este trabajo, pues no existe una organización de la importancia del AMA o la BMA, y más bien todo deseo de organización democrática por parte de la profesión médica en estos últimos cuarenta años ha sido fácilmente abortado, por diversas razones (100).

Un estudio de *las asociaciones profesionales médicas españolas* está todavía por realizar. La comparación con el AMA o la BMA sería un enfoque básico a emplear. Un análisis semejante debería llevarse a cabo en el marco de la sociedad y de la profesión médica, y podría tener en cuenta (entre otros) los siguientes puntos:

1. *Historia de las asociaciones profesionales médicas en España*: Nacimiento, primeros objetivos, desarrollos posteriores, etc.
2. *Organización actual*: Número y distribución de los miembros (sexo, edad, ingresos, prestigio, especialización, diferencias regionales); la constitución y el ordenamiento jurídico-administrativo; análisis económicos de los recursos (presupuesto, ingresos, gastos);

(100) Habría que mencionar, entre muchas otras: 1), la eliminación de toda oposición del SOE; 2), el hecho de que la profesión médica española mantiene una cierta tradición política liberal; 3), la falta de canales generales de asociación; 4), la carencia de líderes competentes, etc. (véase DE MIGUEL, 1973a).

estudio detallado de las élites; procesos electorales, el control interno (Tribunales de disciplina, expulsión); la oposición interna; análisis generacional o de cohortes, etc.

3. *Ideologías de las asociaciones profesionales médicas*: Análisis de sus órganos oficiales de expresión (revistas, discursos de sus líderes, asambleas); los códigos éticos; las declaraciones oficiales; las ideologías comunes a la profesión médica.

4. *Las actuaciones políticas de las asociaciones profesionales médicas*: Relaciones con el Gobierno; campañas políticas, de prensa y de opinión pública; actividades como grupo de presión; Tribunales legales; relaciones con la industria (del tabaco, farmacéutica), etc.

5. *Las polémicas básicas con la sociedad*: (Entre las más fundamentales): a) La implantación del seguro de enfermedad. b) La reforma sanitaria. c) La medicina privada y la socialización de la medicina. d) La lucha contra la competencia. e) La educación médica. f) El control social (drogas, tabaco, alcohol, aborto terapéutico, contraceptivos), etc.

6. *El futuro de las asociaciones profesionales médicas en España*: Estimación de recursos, miembros, desarrollo, importancia política, actuaciones, etc.

JESÚS M. DE MIGUEL

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION:

1941. *The United States of America, Appellants, vs. The American Medical Association, A Corporation: The Medical Society of the District of Columbia, A Corporation: The Harris County Medical Society, An Association, et al., Appellees*. Chicago: AMA.
1972. *Socioeconomic Issues of Health*. Chicago: AMA.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION:

1970. *Members Handbook*. Londres: BMA.

BURROW, James G.:

1963. *AMA Voice of American Medicine*. Baltimore: Johns Hopkins.

DE MIGUEL, Amando:

1974. *Las crisis de las profesiones liberales*. Barcelona: Vicens Vives.

DE MIGUEL, Jesús M.:

- 1973a. «Health in the Mediterranean Region: The Case of Spain». Ponencia presentada en la *International Conference of Medical Sociology* (Varsovia) (mimeografiado).
- 1973b. «NMSR y el tabaco: un análisis sociológico y epidemiológico». *Revista Española de la Opinión Pública*, núm. 33, págs. 189-230.

ECKSTEIN, Harry H.:

1955. «The politics of the British Medical Association». *The Political Quarterly*, 26: 345-359.
1960. *Pressure Group Politics: The Case of the British Medical Association*. Stanford: Stanford University Press.

FISHBEIN, Morris:

1947. *The American Medical Association 1847 to 1947*. Filadelfia: Saunders.

FLEXNER, Abraham:

1910. *Medical Education in the United States and Canada*. Nueva York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

FREIDSON, Eliot:

1972. *Profession of Medicine*. Nueva York: Dodd, Mead, and Co.

FRY, John:

1969. *Medicine in Three Societies*. Londres: MTP.

GARCEAU, Oliver:

1941. *The Political Life of the American Medical Association*. Cambridge: Harvard University Press.

GLASER, W. A.:

1960. «Doctors and politics». *American Journal of Sociology*, 56: 230-245.

GOODE, Erich:

1971. «Ideological factors in the marijuana controversy». *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 191, págs. 246-260.

HARRIS, Richard:

1966. *A Sacred Trust*. Nueva York: The New American Library.

HYDE, D. R., and P. WOLFF:

1954. «The American Medical Association: power, purpose, and politics in organized medicine». *Yale Law Journal*, 63: 937-1022.

LINDSEY, Almosnt:

1962. *Socialized Medicine in England and Gales. The National Health Service, 1948-1961*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

LITTLE, Ernest M.:

- 1932? *History of the British Medical Association 1832-1932*. Londres: BMA.

PARSONS, Talcott:

1937. «Remarks on education and the professions». *International Journal of Ethics*, 47: 365-369.
1951. «Illness and the role of the physician: A sociological perspective». *American Journal of Orthopsychiatry*, 21: 452-460.

RAYACK, Elton:

1967. *Professional Power and American Medicine. The Economics of the American Medical Association*. Nueva York: The World Pu. Co.

SIGERIST, Henry E.:

1938. «Socialized medicine». *The Yale Review*: 463-481.

SIMMEL, Georg:

1961. *Cultura femenina y otros ensayos*. Méjico: Espasa Calpe (6.^a edición).

STEVENS, Rosemary:

1966. *Medical Practice in Modern England*. New Haven: Yale University Press.
1971. *American Medicine and the Public Interest*. New Haven: Yale University Press.

STRONG, Henry R.:

1909. *The Machinations of the American Medical Association*. St. Louis: The National Druggist.

VAUGHAN, Paul:

1959. *Doctors' Commons. A Short History of the British Medical Association*. Londres: Heinemann.

R É S U M É

Le principal objectif de cet article est la comparaison entre deux associations professionnelles médicales: American Medical Association (AMA) et British Medical Association (BMA). Il s'agit d'étudier la distribution du pouvoir, la démocratie et l'influence de chaque association dans leurs sociétés respectives.

Les médecins en tant qu'association constituent un "groupe de personnes qui se chargent du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la prévention des maladies", la maladie étant considérée comme un "rôle social". A côté du rôle du malade, se trouve le rôle du médecin qui essaie d'éliminer la maladie, ainsi que les facteurs qui la produisent.

En général la profession médicale jouit d'une grande part de pouvoir dans

toutes les sociétés et spécialement dans les sociétés capitalistes. Concrètement aux Etats-Unis, la AMA est considérée comme le Syndicat le plus puissant de la nation.

La profession médicale, en tant que groupe spécialisé en une discipline ou une compétence spéciale, est portée par une idéologie de plus en plus forte: "Elle s'occupe de tous les patients sans discrimination". Et il est certain que:

— Il y a chaque fois moins de médecins qui se consacrent à la médecine privée. Aux Etats-Unis en 1931, la proportion était de 86 % et en 1961 elle atteignait seulement 64 %.

— L'idée de ceux qui "pratiquent" le médecin de famille, ce qui suppose une relation privée très onéreuse et très appréciée actuellement, choque donc avec la précédente.

En tant que groupe, les associations professionnelles médicales supposent le contrôle social de ses membres. A cause de cela, aux Etats-Unis ne varie presque pas la proportion de médecins existants entre 1900, proportion qui était de 157 pour cent mille habitants, et 1970, qui n'était que de 159.

D'autre part en 1970 quatre millions de personnes "étaient employées dans l'industrie sanitaire", et les médecins en formaient la moindre part. Malgré cela leur pouvoir n'avait absolument pas diminué, même en tenant compte de l'apparition de certains modèles socialisés de l'institution sanitaire.

En comparant deux types de sociétés médicales, l'AMA aux Etats-Unis et la BMA en Angleterre, nous voyons que:

— Le pourcentage de médecins spécialistes varie d'un 17 % en 1931 à un 77 % en 1969, aux Etats-Unis. Actuellement l'AMA est un monopole auquel appartient le 90 % des spécialistes. Sa caractéristique particulière est que ce sont les médecins privés qui appartiennent à l'AMA; tandis que ceux qui font partie de la BMA appartiennent à l'association d'une façon automatique faisant nécessairement partie, de par leur profession, des "unités locales" ou "divisions".

— Les objectifs de la BMA "sont explicitement non-politiques", justement le contraire que dans la AMA.

— Le principal problème de la profession médicale britannique se trouve dans la "profonde division entre médecins généralistes et spécialistes, ces derniers ayant les revenus les plus élevés; tandis que dans la AMA le thème de discussion se centre sur l'affrontement entre la société américaine et l'association.

— En fonctionnant comme un monopole ou un syndicat qui

défend les bases individuelles de la relation médecin-malade, la AMA attaque la pratique de la médecine de groupe, tandis que le code éthique de la BMA établit que "la médecine moderne ne peut être pratiquée de façon isolée".

— Les points fondamentaux de la BMA proposent "la liberté d'exercice, de choix du médecin et/ou du malade". Cette liberté et indépendance en font qu'elle ne soit ni agisse comme un syndicat, comme il arrive avec l'AMA.

— Le pouvoir d'associations telles que l'AMA tend à l' "idéologisation de ses membres" par la lutte contre la socialisation de la médecine.

Pour conclure nous pouvons signaler que:

— Une association comme l'AMA agit plutôt comme un groupe de pression et déclenche en conséquence un plus grand nombre d'attitudes défavorables entre l'opinion publique. Pour cela même, elle est plus "démocratique", ses polémiques sont rendues publiques (budgets, discussions, etc.), essayant ainsi d'avoir une influence par des canaux "démocratiques non-particularistes".

— Il ne s'agit pas tant, selon le point de vue de l'auteur de cet article, de voir les caractéristiques qui différencient l'AMA de la BMA, mais plutôt leurs similitudes, bien qu'en signalant les particularités de chacune de ces deux associations on en arrive à ce même résultat.

— En Espagne effectivement il n'existe pas d'association professionnelle médicale de l'importance de la AMA ou de la BMA, et tout essai d'organisation démocratique a été voué à l'échec ces dernières années, comme à juste raison le signale l'auteur.

S U M M A R Y

The chief aim of the article is to compare two medical associations: the American Medical Association (AMA) and the British Medical Association (BMA). This involves analysis of the distribution of power and democracy in, as well as the influence exerted by, these associations within their respective societies.

Taken as a body, the doctors are a "group" of persons devoted to the diag-

nosis, prognosis, treatment and prevention of diseases", disease being seen as a "social role". The role of the sick person is associated with that of the doctor, who endeavours to eliminate the disease as well as the factors which produce it.

Generally speaking, the medical profession enjoys a good deal of power in every society and particularly in capitalist ones. In the United States, for example, the AMA is considered the strongest union in the country. The medical profession as a group specialized in a particular discipline or field of activity is guided by an even stronger ideology: "it concerns itself with all patients without discrimination". And there is no doubt that:

Fewer and fewer doctors are to be found in private practice.

The United States 1931 figure of 86 % had dropped to 64 % by 1961.

The idea of the family doctor having "clients", involving an expensive private relationship, highly valued at the present time, conflicts with this.

As a group, the medical association controls its membership. Thus the doctor/population ratio in the U. S. A. has hardly changed since the turn of the century. There were 157 doctors per 100,000 inhabitants in 1900 and 159—only two more—for the same number of inhabitants in 1970.

In 1970 four million people "were employed in the health industry", of whom doctors represented the minority. Their power had in no way diminished, however, in spite of the appearance of certain socialized health models.

If we compare two kinds of medical associations the AMA in the US and the BMA in Great Britain we see that:

In the US the percentage of specialists rose from 17 % in 1931 to 77 % in 1969. The AMA is now a monopoly to which over 90 % of the specialist consultants belong. The main difference between the AMA and the BMA is that the former is made of private doctors while the latter is composed of all practising doctors who, belonging as a matter of course to the "local units" or "divisions", are automatically members.

The aims of the BMA are "explicitly non-political", while the reverse is true of the AMA.

The chief problem in the British medical profession lies in the "deep division" between general practitioners and specialists, the highest incomes being

earned by the latter, while in the AMA the central issue is the confrontation of the association with American life at large.

Acting as a monopoly or union defending the individual bases of the doctor-patient relationship, the AMA attacks group practices, while the BMA Code of Ethics says that "modern medicine cannot be practiced in isolation".

The BMA established as basic principles "freedom of practice, freedom to choose one's doctor and/or patient". The existence of this freedom and independence means that it does not resemble or act as a Union, as is the case with the AMA.

The power of an association like the AMA which is against the socialization of medicine, leads to the "idealization" of its members.

To sum up, one can say that:

An association like the AMA acts, more in the manner of a pressure group and as a result gets a more negative response from public opinion. It is for that very reason more "democratic", drawing more general attention to its claims, budgets and arguments in an effort to gain the public's favour through "non-individualist democratic channels".

The author is really more concerned with comparing similarities than differences between the AMA and the BMA. However his description of their respective special features naturally draws attention to the latter.

Spain has no professional medical association on the scale of the AMA or the BMA and every attempt at democratic organization has been thwarted without difficulty in recent years, as the author rightly points out.

