
DOSIER: ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS /
DOSSIER: HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

LA RELACIÓN PROFESIONALES-PACIENTES EN TIEMPOS DE REFORMA. UN ANÁLISIS SOCIO-HISTÓRICO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO DEL PERIÓDICO ABC EN LOS AÑOS OCHENTA

Alina Danet Danet

Universidad de Granada

E-mail: adanet@ugr.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9025-982X>

Recibido: 22 octubre 2021; Aceptado: 6 julio 2022; Publicado: 24 mayo 2024

Cómo citar este artículo / Citation: Danet Danet, Alina (2023), "La relación profesionales-pacientes en tiempos de reforma. Un análisis socio-histórico con perspectiva de género del periódico ABC en los años ochenta", *Asclepio*, 75 (1): e07. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.07>

RESUMEN: El artículo analiza la representación de la relación médico-paciente en artículos publicados en el periódico ABC y explora la producción de significados de género del encuentro terapéutico durante los años ochenta, una etapa de renovación y cambios estructurales en la asistencia sanitaria española. El análisis histórico del discurso periodístico en ABC reveló la proyección social de una relación médico-paciente como acto humanitario y de amor, según los testimonios de los médicos que contribuyeron al debate en este medio y que, con frecuencia, mostraron su resistencia ante la reforma sanitaria y la preocupación por los cambios estructurales, así como por la organización y calidad de la asistencia. La crítica a la desnaturalización y burocratización de la relación médico-paciente fue secundada, a partir de 1984, por pacientes y periodismo especializado. Sus opiniones contrarias a la Ley de Sanidad de 1986 se agudizaron ante el amparo que la norma daba a los derechos de los pacientes. Las líneas discursivas conservadoras del ABC reflejaron la resistencia simbólica ante la reforma sanitaria, la moralización de la salud-enfermedad, la hegemonía de la profesionalización médica masculina y la invisibilización y subalternidad de las mujeres sanitarias.

Palabras clave: Relación médico paciente; Perspectiva de género; Análisis histórico del discurso; Transición a la democracia; Diario ABC.

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN TIMES OF REFORM. A SOCIO-HISTORICAL AND GENDER ANALYSIS OF THE ABC NEWSPAPER IN THE 1980S

ABSTRACT: The article analyzes the representation of the doctor-patient relationship in articles published in ABC newspaper and explores the production of gender meanings of the therapeutic encounter during the eighties, a period of renewal and structural changes in Spanish health care. The historical analysis of ABC journalistic discourse revealed the social projection of a doctor-patient relationship as a humanitarian act of love, according to the testimonies of the doctors. They frequently showed their resistance to health reform and concern for the changes in structural reorganization and quality of care. From 1984, patients and some journalists also criticize the bureaucratization of the doctor-patient relationship. The protection that the 1986 Health Law gave to the patients' rights increased published opinions against the Health Law. The conservative discursive lines of the ABC reflected the symbolic resistance to health reform, the moralization of health-disease, the hegemony of male medical professionalization and the invisibility and subalternity of female health workers.

Keywords: Doctor-patient relationship; Gender perspective; Historical discourse analysis; Transition to democracy; ABC newspaper.

CONTEXTO Y PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

La Transición española a la democracia, situada históricamente entre el nombramiento del presidente Adolfo Suárez en julio de 1976 y la victoria electoral socialista en octubre de 1982 (Quirosa-Cheyruse, 2007), representó un período de profundos cambios políticos y socio-culturales en nuestro país. Ya desde el tardo-franquismo, la modernización económica –transformaciones estructurales que favorecieron el crecimiento económico desarrollista a partir de los 60– y la contribución activa de la sociedad civil y los movimientos sociales –que generaron una modificación de las relaciones entre sociedad y estado– permitieron una configuración social renovada que, combinada con la acción política, llevó en pocos años a la consolidación de un escenario socio-político de gran entusiasmo democrático (Quirosa-Cheyruse, 2011).

En el ámbito sanitario, esta tendencia también se hizo patente en los importantes cambios y reformas de los años ochenta, que habían sido activamente demandadas, con anterioridad, por la ciudadanía y por el propio personal sanitario, en un contexto generalizado de críticas a la Seguridad Social que, aún en los setenta, se regía por la Ley 193/1963 de 28 de diciembre sobre Bases de la Seguridad Social (Fajardo, 2007, p. 99).

Los debates políticos y públicos con respecto a la reforma sanitaria¹ se vertebraron a principios de la Transición en torno a una doble posibilidad, que polarizó el discurso de los grupos parlamentarios: por una parte, la derecha abogaba por mantener el sistema de Seguridad Social y, por otra, el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) y el Partido Comunista de España defendían la creación de un Servicio Nacional de Salud (Elola Somoza, 1991).

Tras la creación del Ministerio de Sanidad y la renovación estructural de la Seguridad Social, en 1978, la apuesta del gobierno de la Unión de Centro Democrático (UCD) fue la división del antiguo Instituto Nacional de Previsión, fundado en 1908, en tres organismos diferentes: el Instituto de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) y el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) (Vilar-Rodríguez y Pons-Pons, 2018, pp. 271-272). En 1979, el ministro de Sanidad, Enrique Sánchez de León Pérez, creó la Comisión Interministerial para la reforma sanitaria y, un año más tarde, José María Segovia de Arana, secretario de Estado para la Sanidad, presentó la Ley de Reforma sanitaria, proyecto que no llegó a aprobarse (Jurado Salván, 1993). No fue hasta 1986, bajo el gobierno socialista cuando, tras un periodo de 4 años de “presiones y dificultades” (Fajardo, 2007, p. 115), entró en vigor la Ley General de Sanidad². En este contexto de (sucesivos intentos de)

reordenamiento de la estructura sanitaria, los principales agentes sociales implicados en el proceso asistencial –el personal sanitario y sus pacientes– participaron en un proceso que supuso una reforma estructural y también relacional y simbólica de la atención sanitaria.

En los setenta, las denuncias del cuerpo médico se orientaron principalmente hacia la ineficiencia, inadecuada distribución de los recursos y falta de control epidemiológico (Rodríguez Ocaña, 2002), ante el ejercicio de una medicina que perseguía contener la demanda de los pacientes, con resultados de alto gasto farmacéutico y un enfoque puramente curativo, a expensas de la medicina preventiva (Ortún y Segura, 1983). Las críticas profesionales y políticas –tanto por parte del Colegio de Médicos, como del PSOE y de los sindicatos– del anteproyecto de ley de Sanidad propuesto en 1977 (Vilar-Rodríguez y Pons-Pons, 2018, p. 268), marcaron así el comienzo de la transición sanitaria.

Sin embargo, en el mal funcionamiento del sistema, la imagen de los médicos también sufría desprestigio, siendo considerados partícipes de las deficiencias estructurales, despersonalización y burocratización de la atención sanitaria. Una visión alternativa sobre la figura médica los situaba como víctimas del sistema, trabajadores condenados a sobrevivir en un campo profesional escasamente motivador, que había desnaturalizado la relación cercana con sus pacientes (Fajardo, 2007, p. 103).

Las protestas sociales reflejaban la necesidad de reenfocar la medicina, poniendo la atención en las necesidades de las personas enfermas, apostando por la información y recuperación de la confianza de los pacientes en la medicina (Serigó, 1979). Desde esta nueva lógica relacional, el médico se consideraba el responsable de la salud de sus pacientes, tenía que llevar a cabo acciones curativas y preventivas y basar su actuación en un papel de asesor-defensor del paciente en el sistema sanitario (Acarín *et al.*, 1976).

Una nueva asunción de la relación médico-paciente se empezaba a generar. La crítica social a la medicalización de la sociedad, la pérdida del monopolio profesional médico– ante la rápida institucionalización de nuevas profesiones sanitarias–, así como la escasa representatividad política del colectivo médico en el contexto de democratización del sistema sanitario y de las tensiones con el Estado (Fajardo, 2007), marcaron una nueva era en la relación con los pacientes.

Por su parte, la ciudadanía iniciaba, también a finales de los setenta, su tránsito acelerado hacia la consolidación de una figura de paciente moderno, demandante de una interacción democrática y negociada, de una

distancia social más reducida con los sanitarios (Buetow, Jutel y Hoare, 2009). El modelo de paternalismo médico vigente en el siglo XX, hasta los años sesenta, y basado en la imposición de la autoridad profesional, perdió cada vez más peso, dando lugar a otras manifestaciones relacionales (Siegler, 2011).

En este artículo se estudia, desde una perspectiva histórico-discursiva y de género, la relación médico-paciente y sus transformaciones durante la Pos-Transición española. Se analiza el encuentro asistencial priorizando la centralidad de las relaciones en el encuentro. Desde este enfoque, el género representa un concepto relacional, contextualmente específico e institucionalmente estructurado, un componente de la identidad individual y social (Scott, 1990; Oakley, 1977). A la vez, permite contemplar el proceso salud-enfermedad-atención sanitaria como un eje permeado por estructuras que asignan roles diferenciales a hombres y mujeres, estableciendo jerarquías y reproduciendo las desigualdades de género (Ruiz Cantero *et al.*, 2006; Braidotti, 2002; Harding, 1987).

Para la antropología médica feminista, el concepto de género se ha asociado con la jerarquización de espacios y funciones sociales y con la diferenciación en el acceso al poder, lo que tiene especial relevancia en el estudio de la relación entre pacientes y profesionales (Esteban Galarza, 2006). Partiendo de considerar la interacción médico-paciente como un espacio socio-histórico y proceso relacional modulado por componentes de género, este trabajo estudia su representación mediática, con el fin de comprender las implicaciones socio-políticas de los discursos públicos producidos por el periódico *ABC* en el transcurso de la Transición y los años inmediatamente posteriores. En este contexto, las preguntas de investigación serían: ¿Qué dimensiones socio-culturales y de género reflejó la prensa escrita conservadora en la representación de la relación médico-paciente? ¿Qué agentes sociales y discursos fueron visibilizados en los debates periodísticos en torno a la relación médico-paciente? ¿Cómo se integraron los elementos de género en los discursos públicos contruidos en torno a la profesión médica y su relación con los pacientes?

El trabajo se basa en el análisis histórico del discurso (Reisigl y Wodak, 2001) e incorpora la perspectiva de género, en un intento de formular teorías sobre la elaboración, construcción y representación de los discursos, entendidos como conjunto de prácticas sociales y lingüísticas que nacen de la interacción social y, a la vez, producen la propia realidad social (Wodak y Krzyzanowski, 2008). Se ha aplicado al estudio de artículos de opinión, reportajes, entrevistas, noticias y cartas al director, publicadas durante los años ochenta en el diario

ABC y la revista *Blanco y Negro*, perteneciente al mismo grupo editor. De esta manera, se exploró el “régimen de representación” (Gal y Woolard, 2001, p. 4) de una selección de 25 fuentes de prensa, para conocer el impacto performativo del lenguaje y cómo éste moduló la construcción de cuerpos e identidades colectivas, tanto profesionales como de género, a través de la representación de la relación médico-paciente durante los años centrales de la reforma sanitaria en España.

El estudio de publicaciones del *ABC* no pasó por alto la importancia de la ideología conservadora como condicionante de la selección de ciertos actores sociales (y no otros) y líneas discursivas prioritarias (y no otras), en representación de ciertos intereses hegemónicos, ya que la resistencia ante los discursos políticos de cambio democrático se mantuvo en la línea ideológica del *ABC* en los meses iniciales de la Transición (Barrera, 1995; Guillamet, 2018). Así mismo, se asume la necesidad de ampliar el foco del análisis, siendo una clara línea de futuro trabajo el estudio de la proyección periodística de la relación médico-paciente en otros medios escritos, como *El País*, que representan otros sectores del espectro político de la época.

Las 25 fuentes utilizadas fueron publicadas entre 1980 y 1989 en *ABC* y *Blanco y Negro*, firmadas mayoritariamente por representantes de la medicina (14 artículos) y periodistas (9 artículos), a los que se sumaron 2 cartas al director y personalidades relevantes de la vida académica y política. A continuación, se presentan los resultados del análisis, que mantiene la línea temporal. La cuatro categorías principales, identificadas en los discursos profesionales y poblacionales son: 1. La construcción de un ideario profesional en torno a la relación médico-paciente; 2. Las resistencias médicas ante las reformas políticas y sanitarias, asumidas como un proceso de burocratización de la relación médico-paciente; 3. Las denuncias sociales, expresadas a partir de 1984 por pacientes y periodistas, críticos con la reforma sanitaria y la pérdida de calidad asistencial; 4. El cuestionamiento de género ante la profesionalización de nuevas figuras sanitarias y la paulatina feminización del sector asistencial.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE COMO ACTO DE AMOR. CONCEPTOS Y PREMISAS EN TIEMPOS DE REFORMA SANITARIA

En septiembre de 1982, el médico internista y endocrinólogo cántabro, senador de la UCD, José Luis del Piñal³ escribía en la sección *Toma de posición* del periódico *ABC*:

La relación médico-enfermo es una muy particular relación inter-humana: algo intimista y trascendente que liga a un hombre en menesterosidad con otro del cual espera la ayuda que necesita: es la esperanza que un enfermo deposita en otro hombre, al que técnicamente considera capacitado para ayudarlo⁴.

El *binomio menester-amor* descrito por Laín Entralgo (1964), tenía eco también en mayo de 1983, cuando la sección dominical de *Medicina en ABC* recogía el testimonio del médico y profesor de la Universidad de Valladolid, Olegario Ortiz:

Para la medicina curativa, para el que consulta una dolencia, para el que se va a operar, para el que quiere un consejo, para el que está grave o se puede morir, para ese no hay más solidaridad que la personal e íntima con su médico de confianza y sus seres queridos. Esto no es posible si entre médico y paciente no existe confianza, sinceridad, simpatía, respeto y entrega mutua (...), eso es una cuestión de amor⁵.

A principios de los ochenta, los artículos de opinión escritos por médicos definían el encuentro asistencial como una relación inter-humana, en la cual solo podían tener cabida la esperanza, confianza, comunicación y el amor, acordes con el ideario de armonía católica en las relaciones entre personas. Seguía viva la terminología, que planteaba Laín Entralgo en décadas anteriores (1964), procedente de la medicina griega: tanto la idea de *philia* –amistad entre pacientes y médicos–, como la de *philotecnia* –el amor al arte de curar que experimentan los médicos–.

La combinación de las dos funciones aparecía como algo inalterable, en primer lugar porque, tal y como explicaba en 1988 el conocido psiquiatra de la época, cercano al régimen franquista, Juan Antonio Vallejo-Nágera, en un artículo de *Blanco y Negro*, “la misión del médico es muy importante y a la vez muy modesta. Consiste en salvar vidas, sin preguntarnos por su significado”. El médico se refería al caso de “una mujer prácticamente muerta por una intoxicación voluntaria de barbitúricos” a la cual “conocía, era la esposa de un amigo al que destrozaba la vida, pues era la mujer más perversa y dañina que he tratado” y en cuya atención “extremé celo e ingenio, luché con pasión, hice filigranas con los escasísimos medios de que disponía”. El conflicto moral surgía sin embargo en la asistencia a esta paciente, tal y como reflejaba el propio psiquiatra: “Mientras la arrancaba de las garras de la muerte pensaba: «Pero, ¿qué estoy haciendo? ¡Qué disparate, si es una serpiente de cascabel! Aniquilo la posibilidad de mi amigo de rehacer su vida, si no estoy tan activo y ocurrente...» Me sentía como si a los de la película *Alien* les obligan a salvar al monstruo”. Sin

embargo, la formación y ética profesional, resultante del legado recibido de sus “maestros (que) me habían enseñado la misión del médico”, zanjaba cualquier posibilidad de vacilación o error. El relato apostillaba, en este sentido: los médicos “no somos árbitros del destino, somos sus servidores; y en una única dirección: la de evitar muertes y sufrimientos”⁶.

La exposición de este caso, elegido por Vallejo-Nágera para predicar y aleccionar en torno al cumplimiento incondicional de sus funciones profesionales, retrataba a la vez cierta misoginia en su descripción del carácter malévolo y las dotes de torturadora de la paciente, esposa de un amigo personal del médico. El testimonio contribuía, así, a reforzar la imagen tradicional de la *buena esposa* como depositaria de las normas morales de la sociedad (Ortiz-Heras, 2006; Morcillo, 1999).

Además de los aspectos técnicos que fundamentaron la profesionalidad médica, el segundo componente del carácter inter-humano en la relación médico-paciente, yacía, tal y como recogía el *ABC*, en su dimensión afectiva y emocional. En 1986, el profesor, político y escritor extremeño Medardo Muñiz, escribía en *Tribuna Abierta*:

Todo médico por modesto que sea debe suponer que para algunos enfermos es un semidiós. Que una palabra suya dicha a tiempo calma o disminuye la angustia. (...) El ya citado Marañón tiene escrito: “Ser un gran médico es algo más que el triunfo personal y social. El amor invariable al que sufre, generosidad absoluta”. (...) Un médico de trato cálido y amable usa mejor de su ciencia que aquel que separa el trato humano del trato profesional⁷.

El firmante del artículo de opinión, personalidad apreciada en la comunidad extremeña⁸ y cuya ideología política podemos deducir tras su inhabilitación para la práctica docente durante el franquismo, abogaba por la supremacía emocional del encuentro terapéutico, justificada por la extrema necesidad afectiva de los pacientes. El valor de la relación médico-paciente y el enaltecimiento de la figura profesional residían precisamente en su capacidad de dar una respuesta cálida a las necesidades y demandas de los pacientes: “El enfermo precisa, además de la palabra certera del médico, una palabra cualquiera que sirva de pretexto para la simple comunicación humana. En este caso, sólo una palabra suaviza el dolor moral”⁹.

La paciencia y “una buena información, con un lenguaje sencillo y con carácter de divulgación”, también era la fórmula prescrita en el ejercicio de la pediatría. Tal y como defendía el doctor Alfredo Moles en 1982, las madres eran agentes sociales bien intencionados, pero claramente torpes, ante las que no se debía “sentir

desprecio”, sino asumir que “casi siempre se debe a la falta de conocimiento”. De la triangulación del encuentro terapéutico en pediatría (“de un lado, el médico, del otro, la madre del enfermo, en el centro, el niño”) dependía “la salud o la vida, en muchas ocasiones, del pequeño paciente”. Así, las madres, como únicas posibles acompañantes de sus hijos e hijas en las consultas médicas durante la época, eran retratadas como seres potencialmente ignorantes, necesitadas de cierto grado de compasión por parte del médico¹⁰.

En las noticias comentadas, los pacientes se conformaban como un grupo homogéneo, un cuerpo colectivo común, con necesidades similares que podían ser atendidas a través de un trato afectivo indistinto. Se reconocía la calidad de la relación médico-paciente como garantía para el éxito de la acción terapéutica, en la que el paciente no parecía contemplarse desde un modelo que les dotara de centralidad real en la práctica clínica y en la que su participación activa en la toma de decisiones y su empoderamiento no eran prioritarios. Sin embargo, según los testimonios médicos referidos, las madres parecían recibir un tratamiento diferente, asumiéndose su responsabilidad en los procesos salud-enfermedad de sus hijos e hijas, pero sin reconocerles el valor social de sus cuidados e implicación en la relación con los galenos.

DEL “GRAN SANTÓN” AL “FUNCIONARIO DE PAPEL”, LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS COMO ASALARIADOS EN “FACTORÍAS DE SALUD”

A principios de los años 80, los debates socio-profesionales en torno a la frustrada reforma sanitaria estaban polarizando la opinión política, tanto como la pública. Por un lado, los sindicatos y el PSOE, secundados por sectores médicos minoritarios, luchaban por medidas de ruptura (Perdiguero Gil y Comelles, 2019), defendiendo un “servicio nacional de salud, que integrase las instituciones sanitarias de todas las administraciones públicas, de cobertura universal y financiación básicamente estatal” (Vilar-Rodríguez y Pons-Pons, 2018, p. 270). Frente a ellos, la mayoría de los médicos y de la administración sanitaria, así como partidos de centro o conservadores como la UCD y Alianza Popular (AP), abogaban por una financiación marginal del Estado y una gestión de la Seguridad Social basada en conciertos públicos y privados.

Entre 1981 y 1982, los últimos ministros de sanidad de la Transición, Alberto Oliart Saussol, Jesús Sancho Rof y Manuel Núñez Pérez (UCD), mantuvieron la propuesta de un modelo sanitario concertado, argumentada por la falta de recursos. La sanidad pública parecía tocar fondo: las protestas y reivindicaciones de los sindicatos y colegios

médicos se sumaban a la crisis del “síndrome tóxico” del aceite de colza. Tras las elecciones de 1982, la reforma sanitaria defendida por el ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch (1982-86), finalmente aprobada en 1986 – aunque en una versión “descafeinada” (Vilar-Rodríguez y Pons-Pons, 2018, p. 279)–, estableció la “gestión directa de la administración con sus propios medios y plantilla” (p. 286), ante la resistencia de los partidos de oposición y de los grupos sociales conservadores.

En este contexto, el periódico *ABC* no tardó en reflejar los posicionamientos médicos. En 1982, con un tono a veces nostálgico, otras sarcástico, el teniente coronel médico de la Armada Antonio Córdoba Durán explicaba cómo la Seguridad Social había permitido el tránsito de una asistencia sanitaria basada en “figuras legendarias” a una medicina socializada ejercida por “médicos eficaces, super especializados, pragmáticos, quizás inmersos en lo que pudiéramos decir áurea mediocritas”. En la “vieja medicina, cuando todavía existían santones y monstruos sagrados, el epígono, el maestro brillaba con luz propia y eclipsaba totalmente a cuantos en redor se movían, (...) el enfermo sentía una sensación ambigua de temor y esperanza ante el dictamen del indiscutible doctor, ora fuera su pronóstico optimista, ora fuere tenebroso”. Sin embargo, el giro hacia la “medicina social” organizada en “un servicio hospitalario” en el que “varios médicos llevan la jefatura de distintas parcelas de la especialidad que se trate”, suponía que “la tramoya es menos anónima que nunca, menos despersonalizada (...), han florecido los ATS, cada vez más pujantes, mejor preparados y, por tanto, con más atribuciones”. En este escenario, acusaba el médico, “la gente va a curarse a *La Paz* o al *1 de Octubre*, no al profesor Mengano o al egregio don Zutano”. La pérdida de poder por parte de los médicos en el escenario hospitalario se describía en términos de “respeto a un jefe”, pero con la renuncia al “carácter mágico de antaño”. Rezaba el final del artículo de opinión que “si hubiera que saludar al final de la función, no lo haría en solitario el gran santón, sino una nutrida y amorfa masa de profesionales que han colaborado como abejas a la consecución del triunfo”¹¹.

Además de transmitir cierta crítica al carácter heroico del médico en la atención sanitaria tradicional y, frente a la irónica descripción de la nueva organización profesional en el ámbito hospitalario, lo que destacaba esta opinión médica era el principio de una acelerada profesionalización de la enfermería, así como la apuesta por una atención sanitaria basada en la colaboración de diferentes categorías profesionales y disciplinas biosanitarias. Sin embargo, los beneficios de esta renovación asistencial para los pacientes no parecían muy claros y la relación personal entre una persona enferma y su

médico se veía claramente sustituida por la interacción del paciente con “una serie interminable de personas (que) colaboran en el logro del triunfo de la medicina y, por ende, en el éxito del médico”¹².

También en 1982, otro médico, Leopoldo Martínez-Osorio, se refería al efecto negativo que, en su opinión, tenían la regulación de salarios y la libre elección de médicos sobre la relación con el paciente. Considerando que había sido fundador de una de las primeras iniciativas privadas en la prevención de enfermedades cardiovasculares (Falces, 2001), probablemente su crítica tenía resonancia ideológica, en cuanto que la asalariación implicó la inserción de los profesionales sanitarios en un cuerpo funcional dependiente de las decisiones políticas del Estado, con la consecuente pérdida de estatus profesional y privilegios de clase. Así, se evidenciaba en un primer artículo que “establecer un ordenamiento en que el salario (fuera) la forma de retribución del médico” era un “error craso”, promovido por “alguien de fuera (...) e introduce un elemento de discordia en la clara y cordial vinculación entre médicos y pacientes”¹³. El mismo cardiólogo aragonés observaba la despersonalización de la atención médica en el contexto hospitalario –“maquinaria de estudio de casos y aplicación de tratamiento”– y abogaba por “el consultorio del propio médico” como espacio donde “el corazón del hombre se abre porque sabe que le oyen con responsable competencia”¹⁴. En otro artículo, abogaba por la libre elección de médicos: “El buen médico, el médico en general, es aquel que cada hombre elige para consultar acerca del origen y tratamiento de sus males. Siempre ha sido una elección personalizada y necesariamente lo seguirá siendo mientras no se modifiquen los componentes esenciales del carácter humano”¹⁵.

La libre elección de médicos también fue apoyada por Jacinto Maqueda, presidente del Sindicato Médico Libre de Sevilla¹⁶, en una entrevista realizada para la edición andaluza del *ABC* por la periodista María Fernanda Gormaz, la definía como “una alternativa frente a la masificación y deshumanización de la Medicina” y, por tanto, “una de las pocas vías factibles” para evitar el deterioro de la relación médico-paciente¹⁷. La entrevista constituía, sin embargo, uno de los escasos posicionamientos favorables a la reforma sanitaria reflejados en el *ABC* a principios de los ochenta.

A las protestas contra la reforma legislativa que modificaría la estructura asistencial y, según se percibía por algunos médicos, el tipo de relación con pacientes, también su sumó el patólogo vallisoletano Olegario Ortiz, que escribía en 1983 en relación al encuentro asistencial:

Esto ya no es cuestión de ley, sino de afecto y comprensión: eso es una cuestión de amor y el amor no

se puede asegurar, ni se compra ni se legisla, hay que templarle todos los días en nuestra alma para que no se enfríe. (...) Todas las Cortes reunidas son incapaces de obligar a una persona a ser buena con sus semejantes y tampoco a un médico a que estudie, a que piense y que se desviva por sus pacientes. Y por ese camino van los políticos y así han convertido al médico en un escribiente y al enfermo en una cosa. No es el Estado quien ordena estos quehaceres, sino un estado de ánimo entre médico y paciente que nace de la conciencia, que es preciso cuidar y no enfriarla. (...) Es verdad que una vez establecidos los medios imprescindibles, y al alcance de los médicos y pacientes, lo demás debe estar regido por la buena fe y la tensión afectiva respetuosa y responsable entre médicos y pacientes. Si no es así, seguiremos los médicos siendo “funcionarios de papel” y los hospitales “factorías de salud”, con aspiraciones a un materialismo científico que se aparta cada día más de lo que es genuinamente humano¹⁸.

Un año más tarde, el mismo médico José Luis del Piñal, que en 1982 había advertido que “flaco servicio van a prestar a la comunidad los políticos a los que cabe la obligación de legislar si, por intereses partidistas o demagógicos, en materia de asistencia médica, desoyen a los únicos que sabemos de verdad lo que es ésta, la opinión de los médicos, expresada como voluntad colegiada por sus representantes legales”¹⁹, volvía a ratificar en *Tribuna abierta*: “Sólo los médicos sabemos de verdad lo que es la asistencia a un enfermo, sólo los médicos sabemos de verdad cómo puede plantearse una asistencia correcta”. Surgía así la reivindicación de un mayor protagonismo del colectivo médico en los debates políticos que, unida a la crítica al gobierno socialista, indicaba el alto riesgo de tomar decisiones desacertadas, de legislar sin tener un conocimiento cercano a la realidad asistencial, porque “en los despachos ministeriales o en las sedes de los partidos, se aprende poca medicina”. En este discurso, la asistencia satisfactoria, que “se aprende de verdad en la cabecera de los enfermos”, reforzaba el rol privilegiado del médico como conocedor de la realidad sanitaria, a la vez que deslegitimaba al Estado, que se atribuía “la absoluta potestad de planificar la asistencia en un esquema (...) proclive a burocratizar al médico, a transformarlo en servidor del Estado providente, en vez de ser un servidor del hombre enfermo”²⁰.

Por tanto, a principios de los años ochenta, los discursos médicos visibilizados en el *ABC* describieron una situación en la que la reforma sanitaria parecía poner en peligro el carácter *natural* de la relación médico-paciente, condenada a convertirse en un acto mecánico, burocratizado y desprovisto de toda afectividad. Los profesionales más conservadores no parecían ser conscientes

del modelo hospitalocéntrico fomentado en España durante el franquismo. Las críticas se centraban en la obligada transformación de los médicos en funcionarios que conllevaría irremediabilmente la cosificación de las personas enfermas. La anunciada reforma socialista aparecía como el principal factor desencadenante de esta alteración relacional y las noticias traslucían los temores a una intervención del Estado en una relación que se percibía como personal y cargada de privilegios para los profesionales.

No solo se advertía de los riesgos que podrían suponer los cambios en la legislación y organización sanitaria para el encuentro con el paciente, sino que se denunciaba la pérdida de protagonismo profesional en el proceso de toma de decisiones ante el re-ordenamiento asistencial. Así, los médicos apelaron a su rol en la interacción con sus pacientes, para auto-proclamarse protagonistas indiscutibles en un proceso de reajuste legislativo, que amenazaba con desestabilizar no solo su posición económica y social consolidada durante la organización sanitaria franquista (González Madrid, 2020), sino el modelo de relación profesionales-pacientes que destronaba su autoridad moral en el marco de una relación estructurada por y para el Estado.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, UNA CUESTIÓN DE DERECHO(S) (1984-1989)

A partir de 1984, nuevos actores sociales se incorporaron a los debates públicos representados en el *ABC*: pacientes y periodistas especializados se sumaron a los médicos en la construcción de los discursos sobre el impacto de las reformas sanitarias en el encuentro asistencial. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, aprobada por el gobierno socialista, fue objeto principal de las críticas sociales. A medida que fue avanzando la década de los ochenta, las opiniones públicas y profesionales denunciaron la pérdida de calidad en la relación médico-paciente, en clave de vulneración de unos derechos amparados por la ley.

Un primer testimonio publicado en la sección *Cartas al director* del *ABC* fue el de la paciente María Ruiz Machín, cuyo periplo por el Servicio de Quimioterapia del Hospital Oncológico Provincial de Madrid era relatado en primera persona:

En vez de asignarme un médico que se hiciera cargo de mi problema y fuera nuevamente “mi médico”, he ingresado en un colectivo de cinco, seis o siete médicos, en régimen giratorio o rotatorio, y cada consulta o revisión he de pasarla con un médico distinto, porque le designan por el color de la puerta de su despacho. Es bochornoso

comprobar cómo el pobre médico, con su mejor voluntad, trata de informarse en dos minutos, con el paciente delante, de un historial enorme, lo que dio motivo a patinazos sin cuento. El médico lo pasa fatal al darse cuenta de sus fallos delante del paciente... pero, ¿y el paciente? ¿Qué clase de confianza le infunden en una enfermedad que no es precisamente un constipado?

La crítica de la nueva organización burocratizada de la asistencia hospitalaria se agudizaba en el final de la carta, cuando la paciente, dirigía su protesta directamente a un diputado socialista:

Me gustaría saber quién ha sido el «genio» que ha decretado semejantes medidas. Como se ve, el «cambio», como siempre y en todo lo que toca, es a peor. ¿Qué opina ahora ante semejantes absurdos el otrora vociferante –y ahora callado totalmente– diputado don Ciriaco de Vicente²¹, tan amante de la medicina familiar?²²

La denuncia de la paciente tenía especial significado si consideramos las implicaciones ya documentadas de la burocratización de la práctica asistencial: en una situación en la que el médico es reemplazable (y, de hecho, constantemente reemplazado), la paciente confirmaba su sensación de ser tratada como un simple historial médico, rompiendo la calidad de la relación con el médico. Comenzaba así, a partir de 1984, la visibilización de puntos de vistas complementarios al posicionamiento médico –que, por otra parte, no perdió peso–, especialmente en el contexto de paulatina profesionalización del periodismo especializado en temas de salud.

En marzo de 1985, un artículo de opinión firmado por el periodista Lorenzo López Sancho exponía el problema del “grave cáncer económico”, ante el que “INSALUD intenta aplicar una cirugía de urgencia para suprimir una metástasis que considera grave: la del gasto en medicamentos”. La relación con los pacientes sufría profundamente en este contexto porque, según el periodista, “el enfermo se encabrita contra el médico que, además de disponer de tiempo mínimo para reconocerle, tiene freno máximo para recetarle. El enfermo, descontento, desconfiado, se siente disminuido en el legítimo derecho a que su enfermedad sea tratada”. La crítica hacia la gestión del ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch, que “tan tozudamente discute con los médicos y tan cómodamente le mete mano a los farmacéuticos” era abiertamente formulada: “¿Qué ha hecho para corregir los asombrosos gastos administrativos de la Sanidad? ¿No se atreve con la burocracia o ha tenido que absorber en ella parte de esos cuarenta mil empleos dados a los socialistas en el vasto organigrama del Estado?”²³.

En abril de 1985, cuando el texto íntegro de la Ley de Sanidad era presentado en el Congreso de Diputados, el periodista Miguel Ángel Martín ofrecía una síntesis claramente crítica de las principales aportaciones de esta ley, que “había sembrado la inquietud en todas las organizaciones representativas del sector”²⁴.

Solo un mes después, la redacción de otra carta al director, firmada por Pilar Leoz, se dirigía al ministro Lluich, mostrando su desencanto con la gestión sanitaria del Partido Socialista:

Si nuestro ministro de sanidad, señor Lluich, en vez de acudir a la medicina privada –tan perseguida por su ministerio– acudiera al ambulatorio que le corresponde, como hacemos la mayoría de los españoles acogidos a la Seguridad Social, y sufriera en su propia persona la espera de setenta u ochenta enfermos que deben ser atendidos en minuto y medio, puesto que el médico sólo dispone de dos horas para hacerlo, y viera en qué condiciones debe trabajar este profesional, y lo que deben aguantar estos enfermos que están pagando con su dinero este servicio; si tuviera que ser un enfermo más en las listas de los hospitales, que suelen demorarse entre dos y tres meses, quizás el señor Lluich tuviera entonces datos reales para hacer una ley de Sanidad que realmente resolviera el problema del enfermo, que tiene todo su derecho a que se le atienda bien²⁵.

Las críticas de pacientes mujeres y periodistas hacia lo que se consideraba como un claro deterioro de la relación médico-paciente, convergieron con el debate sobre la propia reforma sanitaria de los “derechos” de los pacientes. En torno a la Ley de Sanidad de 1986, el *ABC* no tardó en informar:

Recoge la ley la Carta de los Derechos y Deberes de los Enfermos, que de esta forma pasa a tener un rango normativo importante. Entre estos derechos están el respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad; a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso; a estar informados de todos los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéutico que se le apliquen; a la libre elección entre todas las opciones que le presente el responsable médico, y a que se le extienda el certificado acreditativo de su estado de salud, entre otros²⁶.

La necesidad de definir los derechos expresos de los pacientes había estado presente en los discursos médicos publicados en *ABC* desde principios de la década de los ochenta. En 1981, el doctor Carlos Revilla exponía en el *ABC* dominical:

Los derechos del enfermo tienen un contenido preciso y buscan un fin eminentemente práctico y fundamental

en la asistencia. Han sido formulados para situar de nuevo al hombre enfermo en el lugar en que debe estar, en el centro del sistema de cuidados (...). Es, en suma, el derecho a ser sujeto y no objeto²⁷.

También en septiembre de 1983, *ABC* informaba sobre la publicación en la revista *El médico* de la carta de “15 derechos y 10 deberes” elaborada por el Instituto Nacional de Salud²⁸ y, en 1984, reproducía en su totalidad la *Carta de Derechos y Deberes del paciente*, dentro del Plan de Humanización en los Hospitales de INSALUD²⁹. El análisis de la Carta que recogía 16 derechos y 8 deberes, muestra la total ausencia de sensibilidad de género de la redacción. De hecho, la proclamación, en el punto 3 de los derechos –“El paciente tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico”–, no hacía ninguna referencia específica a la posible discriminación por sexo.

Los recién proclamados *derechos* de los pacientes al amparo de la Ley de Sanidad de 1986 parecieron encrudecer las críticas públicas a la gestión socialista y a la reforma sanitaria por parte del propio colectivo médico. El presidente del Colegio de Médicos de Sevilla mostraba su indignación en un artículo de opinión de 1987, año de la huelga médica, dirigiéndose a las “señoras y señores, pacíficos y bienaventurados beneficiarios de la Seguridad Social andaluza”, para hacerles ver que “el médico es el peor pagado de todos los que trabajan para la Administración”, que “el Ministerio no convoca más que un escasísimo número de plazas para formar especialistas (MIR)”, que la presentación del Servicio Andaluz de Salud “provocó el escándalo por la cantidad de directores generales, secretarios y subsecretarios que contiene el proyecto”. Ante “el drama de la sanidad andaluza”, el médico sevillano solicitaba que “el lector se indigne conmigo, que el ciudadano de a pie pida responsabilidades, que el que me lea se disponga a exigir sus derechos”³⁰. Se apelaba así a la reacción ciudadana, buscando una colaboración entre médicos y pacientes.

Vemos, por tanto, cómo, en los primeros años de Pos-Transición, coincidentes con el triunfo político del PSOE y la entrada en vigor de la Ley de Sanidad, *ABC* incorporó nuevos debates en torno a la burocratización de la relación médico-paciente: las críticas se construyeron en clave de vulneración de derechos legales y como denuncia de un profundo deterioro asistencial que alteraba la relación entre profesionales y pacientes. La deshumanización de la interacción sanitaria se asoció en mayor medida a problemas económicos, a recortes presupuestarios y a la nueva organización del trabajo, tanto de la Atención Primaria como hospitalaria. La situación laboral de los médicos, las exigencias asisten-

ciales a las que tenían que dar respuesta, sumadas a sus deficientes salarios, constituían motivo de preocupación. Los pacientes y los periodistas se hacían eco de estos problemas y no tardaron en asociarlos a la percepción de una mala calidad asistencial, caracterizada por la masificación, largos tiempos de espera y la minimización del encuentro terapéutico. Tal y como reflejaba la prensa conservadora, las opiniones médicas y ciudadanas confluían en una severa crítica a la gestión socialista.

SUPREMACÍA MÉDICA MASCULINA EN TIEMPOS DE POST-REFORMA

Hacia finales de los ochenta, la relación médico-paciente sufría, según las noticias aparecidas en el *ABC*, no solo de una excesiva burocratización, sino de una profunda pérdida de significado simbólico. “El miedo a que la medicina deje de colmar las esperanzas que en ella poníamos” se consideraba consecuencia de la gestión política de la sanidad. Así lo describía en 1985, el médico y ensayista español, defensor de la medicina psicosomática, Juan Rof Carballo, cuando, en referencia a Francia, evidenciaba que “los hospitales tecnificados al máximo, se han convertido en vestíbulos, tanto de la muerte como de la curación. En lugar de hacer medicina del hombre entero, se vuelven simples talleres de sus órganos, convertidos en piezas de maquinaria”³¹. Se afirmaba así que el nuevo modelo de organización sanitaria, basado en la burocratización y la parcelación profesional, que caracterizaba tanto los centros hospitalarios como los ambulatorios, había traído consigo una nueva conceptualización del cuerpo humano, en la que la visión de conjunto, promovida por la medicina tradicional, sucumbía ante los efectos fragmentadores de la medicina asistencial y especializada.

En 1989, el “miedo” referido por Juan Rof, se convertía en “temor, pánico”, en el artículo firmado por el periodista Antonio Burgos. En esta ocasión, la crítica a la desnaturalización de relación médico-paciente se fundamentaba a partir de la incorporación de nuevas categorías profesionales en la asistencia sanitaria:

Lo que temo de verdad es que esté en una habitación (de hospital), el lecho del dolor que le dicen, y entre una auxiliar de clínica a la que no conozco absolutamente de nada (...) y la tía, destapándome las sábanas y disponiendo palanganillas y ¿aguamaniles?, vaya y se ponga la muy lagarta a tutearme: “Venga, Antonio, que te vamos a lavar...” (...) los enfermos, sobre todo los enfermos de una cierta edad, no sólo han de sufrir la humillación física que supone que te hagan todas las perrerías clínicas que tengan por conveniente, sino que además han de sufrir la humillación moral de que los tuteen (...), como si fueran niños chicos.

Por primera vez encontramos una referencia a las necesidades específicas de los pacientes, en este caso, de las personas de mayor edad. La falta de respeto, que para algunos significaba el tuteo, no se asociaba con la profesión médica, sino con el cuerpo de enfermeras y auxiliares, indicando las connotaciones sexistas del argumento: “Tienen que enseñar esta absoluta barbaridad en las Escuelas de Enfermería, porque no es lógico que en toda España todo el personal sanitario se ponga de golpe a tutear a los enfermos y a tratarlos con este falso paternalismo”. La figura de los médicos quedaba exenta de la acusación de mala praxis en el trato asistencial: “Sé que hay muchos profesionales de la medicina y demás profesiones sanitarias conexas que saben que el respeto al enfermo debe comenzar por la forma de tratarlo”.

El artículo terminaba ofreciendo una anécdota, para ejemplificar las diferencias entre el trato adecuado ofrecido por el médico-hombre, en comparación con la falta de respeto, común entre las enfermeras-mujeres:

Permítanme que les cuente una historia sevillana. A cierto hospital de Sevilla donde acuden enfermos desvalidos, acogido al padrón benéfico, llegó una vez una mujer de raza gitana para hacerse unas radiografías. La niña que atendía la consulta ambulatoria, le dijo al médico, señalando a la gitana: “¿Le digo a esta mujer que se desnude?”. El médico, un caballero, miró a la gitana y le echó a la auxiliar una mirada fulminante, diciéndole: “Señorita, querrá usted decir que si esta señora debe desnudarse. Tenga en cuenta que todos los enfermos son señores y señoras. Y esta enferma es una señora”³².

No resulta sorprendente que, a la figura médica, masculina, al “caballero”, se le asociaran cualidades superiores, mientras que la joven enfermera, mujer, “niña” o “lagarta” fuera retratada como ejemplo de mala educación en la relación con la paciente. La historia que, sin duda, manifestaba componentes racistas, pretendía reflejar el contraste entre la distinción del médico y la rápida (y quizás deficiente) profesionalización de un colectivo de enfermería, cuyos miembros eran (y son aún en la actualidad) en su gran mayoría mujeres. La jerarquía profesional, con la clara supremacía médica, encontraba legitimación en esta historia, en cuanto que la intervención aleccionadora del médico venía no solo a corregir el fallo de la enfermera, sino a salvar la situación, devolviendo el tono necesario para lo que se podía considerar un trato óptimo con la paciente.

El doble eje de jerarquización (género y categoría profesional) fue una constante en el proceso de institucionalización de la enfermería durante los años ochenta y también afectó la profesionalización de mujeres médicas, no solo en España (Triviño, 2018), sino a nivel

internacional (Witz, 1990; Pringle, 1998; McMurray, 2011). Nuestra búsqueda de artículos publicados en el *ABC* indica que la imagen de la mujer médica española apenas encontró representación en los años ochenta. La excepción fue la referencia residual a la pediatra Ángela Blanco, aunque el periodista minimizaba su labor remarcando su perfil funcional como respuesta a intereses organizacionales y no a una carrera o vocación propia: “Su idea era la psiquiatría en el adulto, pero las necesidades de entonces de este hospital la hicieron anclarse en la medicina infantil”³³. La segunda referencia médica femenina, en este caso estadounidense, era la doctora Margareth Schell, citada en relación a la *prescripción médica* del uso del sujetador, en un reportaje de 1980.³⁴

Con excepción de los dos casos referidos, en el diario *ABC*, la imagen de la mujer terapeuta se vinculó exclusivamente con el ejercicio de la medicina alternativa y el apoyo psicológico. El primero fue el caso de Pilar Prades, una “mujer de sesenta y cinco años (...) que utiliza sus conocimientos como quiromasajista y naturópata, ayudándose también de la curación por cromoterapia y de una máquina de orgones que, está convencida, permite regenerar las células del cuerpo humano”³⁵; el segundo, de la estadounidense Gail Abarbanel, “creadora del centro de tratamiento y orientación para las víctimas de la violación”³⁶. Frente a las competencias técnicas y afectivas de los *buenos* médicos identificados en los discursos de los ochenta, en la representación periodística de las mujeres sanitarias parecían operar solo los aspectos propios de una adecuada atención emocional, acompañamiento y cuidados, carente de la dosis suficiente de profesionalismo, reservado, al parecer del periódico, para los hombres de la medicina.

CONCLUSIONES

El análisis de los artículos de opinión publicados en un medio de ideología conservadora, con inspiración católica, como el periódico *ABC*, muestra la proyección de la relación médico-paciente como un acto humanista, de amor y confianza. A través de este régimen de representación, los discursos sociales reflejaban asimetrías de poder en la interacción terapéutica, enaltecían la figura médica y recreaban una imagen homogénea, uniformizada de los pacientes. Por otra parte, el modelo que traslucían las opiniones de colaboradores médicos del periódico reforzaba los roles tradicionales de género y apostaba por una representación de las mujeres profesionales lejos de la figura médica prestigiosa. Las críticas a las reformas progresistas de la organización sanitaria y las resistencias al cambio político y sanitario motivaron la

defensa de un ideario armónico y naturalizado de las relaciones entre médicos y pacientes con un marco relacional jerárquico, basado en la hegemonía médica.

Con respecto a los agentes sociales y discursos visibilizados, el colectivo médico monopolizó los discursos periodísticos publicados, principalmente en la primera mitad de la década de los años 80, siendo visibles en el periódico *ABC* los puntos de vista de personalidades médicas como Antonio Córdoba Durán, Leopoldo Martínez-Orsorio, Olegario Ortiz o José Luis del Piñal. Pese a reflejarse algunas posturas minoritarias a favor de la reorganización del modelo sanitario español, a lo largo de los años ochenta, el colectivo médico representado en *ABC* fue el principal agente social en la protesta contra la reforma política y sanitaria. Sus críticas contra la burocratización de la práctica clínica reflejaban un profundo malestar por la pérdida de poder profesional y reivindicaban una mayor implicación del colectivo médico en la toma de decisiones políticas y administrativas. La relación médico-paciente se convertía, en estos discursos de oposición a la reforma, en el eje principal para legitimar y defender un estatus médico que, en la segunda mitad de la década, se auto-percibía como mermado por la intervención estatal y el proceso de conversión de los médicos en trabajadores asalariados.

Las críticas a la inminente reforma sanitaria anunciada tras el triunfo electoral socialista de 1982, se diversificaron, sobre todo a partir de 1984, con la incorporación de pacientes y periodistas especializados. La defensa de los derechos y la denuncia de la pérdida de calidad asistencial constituyeron los elementos claves de las severas consideraciones negativas sobre la gestión política y económica socialista. La resistencia ante la reforma sanitaria se apoyó en estrategias discursivas cargadas de significados de género. La relación entre profesionales y pacientes aparecía enmarcada en una profesionalización médica contemplada como actividad exclusivamente masculina y, reflejada, en el *ABC*, por contraste con las competencias femeninas en los cuidados. Las mujeres profesionales de la medicina aparecían en una posición infravalorada en la jerarquía intraprofesional y, por otra parte, se transmitía cierta imagen negativa construida en torno a las enfermeras.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Investigación realizada en el marco del proyecto “Las cosas del enfermar: objetos, emociones y género en la experiencia de la enfermedad y las prácticas médicas para el alivio”. Referencia PID2021-122699OB-100, Ministerio de Ciencia e Innovación.

NOTAS

- 1 Por *reforma sanitaria* nos referimos al conjunto de propuestas y acciones políticas llevadas a cabo desde la segunda mitad de los sesenta hasta 1986, período en el que se implantaron la Ley de Bases de la Seguridad Social (1963), La Ley de Seguridad Social (1967) y la Ley General de Sanidad (1986). Para una revisión completa de los antecedentes históricos de la reforma sanitaria, véase Perdiguero Gil y Comelles (2019).
- 2 Para una revisión completa de los debates y consecuencias socio-políticas de la reforma sanitaria durante los años 70 y 80 en España, véase Vilar-Rodríguez y Pons-Pons (2018) y Perdiguero Gil y Comelles (2019).
- 3 José Luis del Piñal Ruiz de Huidobro desempeñó varios puestos en la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Santander, 1975-1982, Senado de España, [en línea], disponible en: <https://www.senado.es/web/composicionorganizacion/senadores/composicionsenado/fichasenador/index.html?legis=0&id1=12163> [consultado el 26/04/2022].
- 4 Del Piñal, José Luis, "Reforma sanitaria y ética médica", *ABC*, 10 septiembre 1982, p. 21.
- 5 Ortiz, Olegario, "Los médicos no somos culpables", *ABC*, 8 mayo 1983, p. 53.
- 6 Vallejo-Nágera, Juan Antonio, "¿Curar o no curar?", *Blanco y Negro*, 8 mayo 1988, p. 146.
- 7 Muñiz, Medardo, "Médico y enfermo", *ABC*, 26 marzo 1986, p. 26.
- 8 "In Memoriam: Medardo Muñiz Fernández, a la sombra de Ortega y Gasset", *El Periódico. Extremadura*, 14 febrero 2011. <https://www.elperiodicoextremadura.com/cartas-al-director/2011/02/14/medardo-muniz-fernandez-sombra-ortega-45011513.html>
- 9 Muñiz, Medardo, "Médico y enfermo", *ABC*, 26 marzo 1986, p. 26.
- 10 Moles, Alfredo, "Hacia una mejor salud infantil", *ABC*, 5 octubre 1982, p. 103.
- 11 Córdoba Durán, Antonio, "La tramoya de la medicina", *ABC*, 18 julio 1982, p. 38.
- 12 Córdoba Durán, Antonio, "La tramoya de la medicina", *ABC*, 18 julio 1982, p. 38.
- 13 Martínez-Osorio, Leopoldo, "Honorarios médicos", *ABC*, 11 abril 1982, p. 41.
- 14 Martínez-Osorio, Leopoldo, "La intimidación del enfermo", *ABC*, 30 mayo 1982, p. 50.
- 15 Martínez-Osorio, Leopoldo, "Asistencia personalizada. El mejor médico nunca puede ser sustituido por la mejor Medicina", *ABC*, 3 enero 1982, p. 35.
- 16 El doctor Jacinto Maqueda Domínguez, especialista en Aparato Digestivo, fundó en 1975 el Sindicato Médico Libre de Sevilla y cofundó en 1997 el actual Sindicato Médico de Sevilla, integrado dentro de la Federación del Sindicato Médico Andaluz.
- 17 Gormaz, María Fernanda, "Jacinto Maqueda: los ambulatorios funcionan mal", *ABC Sevilla*, 2 mayo 1980, p. 34.
- 18 Ortiz, Olegario, "Los médicos no somos los culpables", *ABC*, 8 mayo 1983, p. 53.
- 19 Del Piñal, José Luis "Reforma sanitaria y ética médica", *ABC*, 10 septiembre 1982, p. 21.
- 20 Del Piñal, José Luis, "La voz de los médicos", *ABC*, 27 junio 1984, p. 42.
- 21 Ciriaco de Vicente, abogado, economista, graduado social y sociólogo de formación, fue miembro del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) y diputado en las Cortes Generales (1977-82 por Murcia y 1982-1990 por Salamanca). Accesible en: <https://www.congreso.es/> [consultado el 26/04/2022].
- 22 Cartas al director, "Hospital de día", *ABC*, 30 agosto 1984, p. 10.
- 23 López Sancho, Lorenzo, "Todos aspirina", *ABC*, 22 marzo 1985, p. 18.
- 24 Martín, Miguel Ángel, "Ernesto Lluch decidió dar a conocer el texto íntegro de la ley de Sanidad", *ABC*, 11 abril 1985, p. 54.
- 25 Leoz, Pilar, "Se ataca a los médicos", *ABC*, 5 mayo 1986, p. 10.
- 26 Martín, Miguel Ángel, "Ernesto Lluch decidió dar a conocer el texto íntegro de la ley de Sanidad", *ABC*, 11 abril 1985, p. 54.
- 27 Revilla, Carlos, "Para ofrecer garantías al paciente y dignificar la profesión médica es urgente redactar la Carta de Derechos de Enfermos Hospitalarios", *ABC*, 27 diciembre 1981, p. 27.
- 28 "El INSALUD elabora un proyecto de derechos y deberes del usuario", *ABC*, 6 septiembre 1983, p. 34.
- 29 "Plan de Humanización en los Hospitales de INSALUD", *ABC*, 25 noviembre 1984, p. 31.
- 30 Barroso Guerra, Rafael, "Millones que hacen falta a la sanidad", *ABC*, 9 abril 1987, p. 39.
- 31 Rof, Carballo, "El hombre amedrentado", *ABC Sevilla*, 2 octubre 1985, p. 3.
- 32 Burgos, Antonio, "El «tú» de los hospitales", *Blanco y Negro*, 3 diciembre 1989, p. 162.
- 33 Moles, Alfredo, "Hacia una mejor salud infantil", *ABC*, 5 octubre 1982, p. 103.
- 34 Durant, Genevieve, "El sujetador femenino, ¿condenado a muerte?", *ABC*, 20 agosto 1980, p. 60.
- 35 Palafox, Jorge Carlos, "Tratadas a tiempo, no hay enfermedades incurables", *ABC*, 15 marzo 1987, pp. 198-199.
- 36 "Ayuda para las mujeres violadas", *Blanco y Negro*, 7 mayo 1980, pp. 30-31.

BIBLIOGRAFÍA

- Acarín, Nolasc; Espasa, Ramón; Pardell, Helios; Sans, Carme; Soler Sabaris, F.; Vergés, Joaquim (1976), *La sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa*, Barcelona, Avance.
- Barrera, Carlos (1995), *Periodismo y franquismo: de la censura a la apertura*, Barcelona, Ediciones Internacionales Universitarias.
- Braidotti, Rosi (2002), "The uses and abuses of the sex/gender distinction in European feminist practices". En: Griffin, Gabriele; Braidotti, Rosi (eds.), *Thinking differently. A reader in European Women's Studies*, London, Zed Book, pp. 285-310.
- Buetow, Stephen; Jutel, Annemarie; Hoare, Karen (2009), "Shrinking social space in doctor-modern patient relationship: a review of forces for and implications of, homologisation", *Patient Education and Counseling*, 74, pp. 97-103.
- Elola Somoza, Francisco J. (1991), *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*, Madrid, FISS.

- Esteban Galarza, Mari Luz (2006), "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista", *Salud Colectiva*, 2, 1, pp. 9-20. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.52>
- Falces, Pascual (2001), "Leopoldo Martínez-Osorio Corzán", *Aldea mundial*, [en línea], disponible en: http://www.aldeamundial.es/aldeamundial/Leopoldo_Mart%C3%ADnez-Osorio_Corz%C3%A1n.html, [consultado del 31/05/2022]
- Fajardo, Angélica (2007), *El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España*, tesis doctoral, Granada, Universidad de Granada.
- Gal, Susan; Woolard, Kathryn (2001), "Constructing Languages and Publics: Authority and Representation". En: Gal, Susan; Woolard, Kathryn (Eds.), *Languages and Publics: the Making of Authority*, Manchester, St. Jerome, pp. 1-12.
- González Madrid, Damián (2020), "Apuntes para un análisis crítico sobre la asistencia médica general y ambulatoria de la Seguridad Social del Tardofranquismo a la Transición". En: González-Madrid, Damián; Ortiz Heras, Manuel, *El Estado del Bienestar entre el franquismo y la Transición*, Madrid, Sílex, pp. 199-230.
- Guillamet, Jaume (2018), "El neofranquismo de ABC". En: Guillamet, Jaume (ed.), *La Transición de la Prensa. El comportamiento político de diarios y periodistas*, Valencia, Universidad de Valencia Publicaciones, pp. 59-81.
- Harding, Sandra (1987), *Feminism and methodology: social science issues*, Bloomington, Indiana University Press.
- Jurado Salván, Enrique (1993), *Crónica de la transición sanitaria en España (1977-1992): del discreto encanto de la reforma prometida al Informe Abril*, Madrid, Igar.
- Lain Entralgo, Pedro (1964), *La relación médico enfermo: historia y práctica*, Madrid, Revista de Occidente.
- McMurray, Robert (2011), "The struggle for professionalize: an ethnographic account of the occupational position of advanced nurse practitioners", *Human Relations*, 646 (6), pp. 801-822. DOI: <https://doi.org/10.1177/0018726710387949>
- Morcillo, Aurora G. (1999), "Shaping True Catholic Womanhood: Francoist Educational Discourse on Women". En: Enders, Victoria L.; Radcliff, Pamela B., *Constructing Spanish Womanhood. Female Identity in Modern Spain*, New York, State University of New York Press, pp. 51-71.
- Oakley, Ann (1977), *La mujer discriminada, biología y sociedad*, Madrid, Tribuna Feminista.
- Ortiz-Heras, Manuel (2006), "Mujer y dictadura franquista", *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 28, pp. 1-16.
- Ortún, Vicente; Segura, Andreu (1983), "España: democracia, crisis económica y política sanitaria", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 57, pp. 603-626.
- Perdiguer Gil, Enrique; Comelles, Josep M. (2019), "The roots of the health reform in Spain". En: Abreu, Laurinda (ed.), *Health care and government policy*, Évora, Publicações do Cidehus, [en línea], disponible en: <https://books.openedition.org/cidehus/8327#text>
- Pringle, Rosemary (1998), *Sex and medicine: gender, power and authority in the medical profession*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Quirosa-Cheyrouse y Muñoz, Rafael (2007), *Historia de la Transición en España. Inicios del proceso democratizador*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Quirosa-Cheyrouse y Muñoz, Rafael (2011), *La sociedad española en la Transición. Los movimientos sociales en el proceso democratizador*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- Reisigl, Martin; Wodak, Ruth (2001), *Discourse and Discrimination: Rhetorics of Racism and Antisemitism*, London, New York, Routledge.
- Rodríguez Ocaña, Esteban (2002), "Los servicios de salud pública en la España Contemporánea", *Trabajo social y salud*, 43, pp. 91-118.
- Ruiz Cantero, María Teresa; Papí Gálvez, Natalia; Cabrera Ruiz, Virginia; Ruiz Martínez, Ana; Álvarez-Dardet Díaz, Carlos (2006), "Los sistemas de género en la Encuesta Nacional de Salud", *Gaceta Sanitaria*, 20, pp. 427-434. DOI: <https://doi.org/10.1157/13096512>
- Scott, Joan (1990), "El género, una categoría útil para el análisis histórico". En: Amelang, J. S., Nash, Mary (eds.), *Historia y género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Barcelona, Institució Alfons el Maganim, pp. 23-58.
- Serigó Segarra, Adolfo (1979), *La crisis de la sanidad española*, Madrid, A. G. Gala.
- Siegler, Mark (2011), "The three ages of medicine and the doctor-patient relationship", *Monographs of the Victor Grifols i Lucas Foundation*, 26, pp. 12-25.
- Triviño, Rosana (2018), "Why feminism matters in healthcare", *Bioethics, 3rd International Workshop*, Madrid, IFS (CSIC), 22-23 febrero.
- Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (2018), "El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición política a la Ley General de Sanidad (1975-1986)", *Historia y Política*, 39, pp. 261-290. DOI: <https://doi.org/10.18042/hp.39.10>
- Witz, Anne (1990), "Patriarchy and professions: the gendered politics of occupational closure", *Sociology*, 24, 4, pp. 675-690. DOI: <https://doi.org/10.1177/0038038590024004007>
- Wodak, Ruth; Krzyzanowski, Michal (eds.) (2008), *Qualitative Discourse Analysis in the Social Sciences*, Basingstoke, Palgrave.