

Medicina en un País Socialista

Gunnar Björck, M.D. *

Se revisa algunos de los acontecimientos que han contribuido al desarrollo del Sistema de Salud actual de Suecia. Aunque existen varios aspectos útiles del sistema —los usualmente subrayados por las fuentes oficiales— su impacto sobre el ejercicio libre de la medicina y la relación médico-paciente es considerable y destructivo. Es necesario tomar en cuenta tales consecuencias al planear los servicios nacionalizados de salud en cualquier parte del mundo.

Mi trabajo fue leído en un seminario sobre el Sistema de Salud Sueco, organizado por el Centro para el estudio de los problemas Administrativos de Salud, de la Universidad de Chicago, el 12 de abril de 1976. Los argumentos "a favor fueron presentados por el Dr. Bror Rexed, el Director General de la Comisión Sueca de Seguridad Social, socialista, y por algunos otros, mientras que yo fui invitado a llevar a cabo un análisis crítico del sistema. Mi trabajo fue calificado por el Dr. Rexed como "un grito nostálgico de un conservador empedernido" y el Dr. Rexed mantuvo que "no existe una alternativa práctica de los presentes acontecimientos".

Sin embargo, en las elecciones generales que tuvieron lugar en Suecia en Setiembre de 1976, el Gobierno Social-Demócrata que había gobernado Suecia cerca de 44 años perdió, y se formó un gobierno de la antigua oposición, constituido principalmente por moderados ("conservadores"), liberales, y el Partido Centrista (previamente el Partido de los agricultores). Yo resulté electo al nuevo Parlamento como miembro del partido moderador de hecho, yo soy el único médico y profesor universitario en el Parlamento Sueco. Dadas estas circunstancias, puede producirse por lo menos una detención temporal de los acontecimientos vislumbrados en mi

trabajo. La libertad para la iniciativa personal en varias áreas de la colectividad y varias medidas para controlar la infiltración burocrática. Por otra parte, es obvio que se va a mantener la vieja tradición de servicios básicos de salud financiados por la comunidad como el eje de la Medicina Sueca. En vista que en Estados Unidos ha habido varias propuestas para alguna clase de "Medicina Socializada", puede ser de interés leer un relato de las dificultades y amenazas que se proyectan sobre la profesión médica en el curso de tales cambios. La historia del ejemplo sueco también puede indicar que un exceso de colectivismo y burocracia finalmente fuerzan el péndulo a moverse en sentido opuesto.

Hace unos 25 años que escribí una serie de artículos en uno de los periódicos socialistas más prominentes de Suecia, a fin de discutir la desconfianza prevaleciente entre el partido socialista gobernante y la profesión médica de nuestro país. Para resumir mis argumentos, yo proponía algunos puntos de interés común para ambas partes y sugería que se hicieran intentos serios y sinceros para encontrar soluciones razonables y constructivas. En aquel tiempo yo era un Profesor Asociado joven y mi única ventaja la constituía el haber crecido dentro de la jerarquía socialista, conocía sus personalidades del campo social, su manera de razonar, su trasfondo emocional, sin que yo forzadamente los compartiera. Por tanto, pensé que podría ayudar a catalizar raciones útiles entre ellos y los directores de la jerarquía médica, cuyos argumentos y sentimientos eran totalmente diferentes. Dígame de una vez que mis intentos, a la larga, fueron todos en vano.

Algunos años antes, el entonces Director General de la Comisión Sueca de Salud, que era un ardiente socialista y el primer sanitarista que ocupaba ese puesto (siempre había sido ocupado por clínicos prominentes), había propuesto públicamente la socialización completa del ejercicio profesional médico en

* *Miembro del Colegio Real de Médicos, Inglaterra y Miembro Honorario del Colegio Americano de Médicos, Estados Unidos, Médico del Instituto Karolinska, de Estocolmo, Suecia.*

Suecia. Sean cuales fueren sus méritos previos como médico —y éstos no eran muy convincentes— de inmediato los perdió y de allí en adelante la mayoría de los colegas, sobre los cuales tenía autoridad, lo consideraron como un traidor o un enemigo. El gobierno de entonces no se dejó impresionar: era obvio que la tarea de transformar un ejercicio médico que estaba trabajando razonablemente bien, en un ambiente de profesión asalariada mezclada con ejercicio profesional, a un ejercicio de funcionarios públicos con horas fijas de trabajo, no iba a mejorar la atención médica ni las finanzas del estado. Consecuentemente, la propuesta fue archivada, con solo débiles protestas de algunos miembros del partido en los cuales una mezcla de envidia y desconfianza en la iniciativa individual, junto con una fe ciega en el planeamiento estatal, los hacía justificar un empeoramiento en la prestación de los servicios médicos.

El Gobierno y más particularmente Gunnar Strang, entonces Ministro de Asuntos Sociales, y después Ministro de Finanzas, cambiaron rápidamente su posición en 1955. En Suecia habíamos tenido por largo tiempo un sistema de seguro voluntario que comprendía gran parte de la población con varios grados de cobertura, sistema que era útil, pero no suficiente. Es más, muchos de los que más necesitaban el seguro no habían sido aceptados por mala salud al momento de solicitar el ingreso. Así, en 1955 pasó una ley sobre seguro obligatorio de enfermedad, financiado principalmente por medio de impuestos, que cubría las cuentas del hospital, gran parte de los honorarios médicos y medicinas y un auxilio de incapacidad proporcional al salario. Este sistema trabajó eficientemente por 15 años hasta que fue cambiado, sin razón aparente en 1970. Inicialmente el cuerpo médico se mostró escéptico anticipando morbilidad simulada en los desocupados para recoger incapacidades, lo que haría más difícil el trabajo clínico. Debido a que los primeros años de esta etapa coincidieron con empleo total, este problema no se manifestó sino hasta hace poco, en especial como instrumento de ciertos grupos para declarar huelgas ilegales por la alta incidencia de ciertas afecciones como lumbalgias.

Los efectos del seguro social de enfermedad fueron en parte beneficiosos para la misma profesión médica. No es fácil establecer si el aumento en las consultas se debió a este seguro o se habría producido de todos modos al mejorar el estandard de vida.

De cualquier modo, los médicos tuvieron suficiente trabajo (a veces demasiado), y recogían sus honorarios bajo ciertas normas y formularios. Esto permitió por primera vez, que las autoridades de hacienda pudieran controlar el ingreso de los médicos, y en los años siguientes las negociaciones de aumentos salariales tuvieron como referencia constante estos datos que aunque eran secretos eran facilitados al estado por las autoridades correspondientes. El espectro del estado socialista ya estaba vigilando a los médicos. Incidentalmente, quedó claro que los ingresos más altos se encontraban en aquellas disciplinas como laboratorio clínico, radiología, otorrinolaringología y dermatología (ramas con muchos pacientes por unidad de tiempo), mientras que la medicina interna, la psiquiatría y la pediatría se encontraban entre los menos afortunados. Por un tiempo, la cohesión profesional fue suficiente para resistir los intentos de la dirigencia de poner a pelear unos grupos con otros. Posteriormente, la uniformidad fue impuesta, con el resultado inmediato de que muchos radiólogos se fueron a otros países en especial a los Estados Unidos, y los deseos de seguir otorrinolaringología y laboratorio clínico se hicieron pocos. El gobierno ha tenido que hacer una serie de piruetas para hacerle frente a esta mala distribución profesional, impuesta y artificial.

LAS FUNESTAS CONSECUENCIAS DE UNA HUELGA QUE SE GANÓ:

Hacia fines de 1950 las negociaciones salariales entre las autoridades hospitalarias de la ciudad de Góteborg y la Asociación Médica Sueca fracasaron y los médicos decretaron una huelga parcial, dejando el hospital sólo con los servicios médicos de emergencia y yéndose a trabajar en la ciudad a oficinas privadas. El público apoyó a los médicos y obtuvo el servicio médico particular perfecto. Poco después, las autoridades tuvieron que ceder y aceptar las condiciones de los médicos. Fue una victoria formidable, pero pirrica. Los políticos del Gobierno y los Municipios resolvieron que nunca más quedarían derrotados. Por lo tanto, decidieron aumentar la "la producción" de médicos en Suecia a tal grado que en el futuro, la cohesión profesional y de su sindicato finalmente se habría debilitado tanto que sería incapaz de ofrecer cualquier resistencia en futuras negociaciones. Se cuadruplicó el número de admisiones a las escuelas de medicina, en forma progresiva, creando otras tres escuelas de medicina además de

las tres ya existentes, y duplicando el número de estudiantes en cada clase. Esta maniobra coincidió con un gran aumento en la demanda de educación superior por parte de ciertos sectores económicos, cuya mejoría en el nivel de vida fue de tal grado que los padres consideraron que sus hijos no deberían pasar las penurias que ellos habían sufrido, sino que deberían ingresar a la universidad.

El Gobierno encontró un enérgico y vigoroso agente de sus políticas en un profesor de Anatomía, Beor Rexed, que es el actual Director General de la Junta de Salud y Seguridad Social. Y en los últimos años le ha tocado la ingrata tarea de admitir que no se le podía prometer trabajo pagado —en el momento de graduarse— a los muchos jóvenes que él mismo incitó a ingresar a las escuelas de medicina. La gigantescas ola de optimismo a los años sesenta se había hecho pedazos contra las rocas de las realidades económicas. Los dividendos de la inversión en adiestramiento e investigación, que parecían ser tan promisorios, chocaron con contracorrientes sociales y psicológicas que pusieron en tela de juicio la filosofía del progreso mismo.

A fin de tratar de controlar la situación, una comisión tras otra diseñó horarios a fin de proporcionar adiestramiento en los centros respectivos para los enjambres de médicos graduados de las escuelas de medicina. Mientras que en años anteriores esto no era problema y el "mercado" encontraba sus propias soluciones, ahora fue necesario crear una tremenda burocracia para manejar el asunto, con o sin la ayuda de computadoras. A lo largo de este proceso, el Gobierno se percató con que disponía de un instrumento para el adiestramiento de especialidades, no de acuerdo a las inclinaciones de cada quien, sino de acuerdo a los planes del ministerio. Se trataba de abrir o cerrar la llave en ciertas áreas médicas de acuerdo a la dirigencia. Hasta el momento, esto ha significado un énfasis pronunciado en psiquiatría, medicina general y atención de crónicos, con una consecuente reducción en las especialidades somáticas clínicas. Para los médicos jóvenes, conjugar estas reglamentaciones con sus aptitudes se ha convertido en un verdadero arte.

Es evidente que la existencia de un mercado libre y abierto constituye una constante amenaza para la marcha de un servicio público socializado, no importa lo bien financiado que esté con el dinero de los con-

tribuyentes. El elemento de CALIDAD resultante de la preferencia y la confianza que un paciente tiene en determinado médico, no puede eliminarse fácilmente, mientras la gente esté dispuesta a pagar por la libre elección de un médico. Por lo tanto los políticos del sistema de salud sueco se han fijado como nueva meta eliminar estas alternativas. En 1960 se eliminaron casi todos los cuartos de Pensión dentro de los Hospitales Generales, los cuales habían existido por cien o más años. Debido a que sólo existían sólo unos pocos hospitales privados pequeños, la oportunidad para que un paciente escogiera donde y por quien operarse, prácticamente desapareció.

Sin embargo, todavía quedaba mucha consulta particular con médicos experimentados, dentro de los recintos hospitalarios, que al menos le aseguraba al paciente la posibilidad de tener acceso a un especialista fogueado para el tratamiento ambulatorio. Esto también fue eliminado en 1970 cuando el Ministro de Asuntos Sociales, en forma sorpresiva, propuso la abolición completa de éste último bastión de medicina "privada" dentro de los hospitales: *ningún* médico quedaba autorizado para ver pacientes ambulatorios, a cambio de honorarios, dentro del recinto hospitalario. Los pacientes podrían ver —y pagar— a un doctor anónimo asignado que lo atendería en la consulta externa del hospital, y a veces los pacientes veían un médico diferente en cada visita. Consecuentemente, TODOS los médicos del hospital se transformarían en empleados 100% asalariados, con un ingreso balanceado en todo el país. En este momento, naturalmente, la Asociación Médica Sueca TENIA que exigir una reglamentación del horario de trabajo, aspirada especialmente por los elementos jóvenes. La generación vieja estaba acostumbrada a trabajar duro y a ajustarse a las demandas que los pacientes exigían; la generación joven había comenzado a percatarse lo poco que valían los salarios elevados cuando el impuesto sobre la renta progresivo se llevaba las tres cuartas partes de la renta imponible, y comenzaron, junto con sus esposas, a apreciar más el tiempo libre. Este cambio de actitud coincidió con otros de tipo sociológico y en las leyes sobre impuestos: anteriormente el marido era el único con ingreso, mientras que ahora cada vez más a menudo la esposa era profesional con un ingreso propio muy significativo. En la Suecia actual es común que los médicos se casen, y como ahora declaran su renta independientemente, en contraste a lo que sucedía hace 10 años, el ingreso familiar va a ser muy

bueno, aunque las horas de trabajo se reduzcan por decreto.

El efecto de este drástico cambio* fue el de reducir las horas de trabajo disponibles en consulta externa. Entonces los pacientes que recibían citas muy atrasadas acudieron en masa a los servicios de emergencias, los que se vieron peligrosamente sobrecargados. Los médicos temieron que su consulta particular quedaría eliminada con esta oferta de servicios médicos prácticamente libre. Sin embargo, al principio sucedió lo contrario. Los pacientes, deseosos de mantener una buena relación personal con su médico, y concientes de que esto sería imposible con el nuevo sistema, se apresuraron a inscribirse con un médico particular a fin de tener algo seguro en caso de enfermedad. Aún más, un buen número de especialistas de los hospitales, con un horario de trabajo muy rígido en el hospital, siguieron atendiendo su clientela en oficinas particulares algunas tardes por semana.

De todo lo anterior queda claro que estas puertas de escape disgustaban mucho a los que maquinaban el sistema médico socialista, quienes simplemente consideraron que había que eliminarlas. Después de algunas dudas acerca del método más eficaz, finalmente el gobierno le pidió a todos los médicos particulares pasar a ser empleados del Seguro de Enfermedad y obtener su salario de acuerdo a ciertas tablas en que el empleado pagaba una parte y el sistema asegurador el resto (tal vez las tres cuartas partes). Aquellos pacientes que prefirieran ver médicos particulares que no estaban adscritos al sistema perdían el derecho que habían tenido de recuperar parte de los honorarios médicos; esta medida tenía por objeto obligar a todos los médicos a adscribirse al sistema. Los pacientes tendrían entonces que pagar TODO el costo de su atención médica, a pesar de contribuir al sistema a través de sus impuestos. Asimismo, los médicos que habían montado consulta particular en el tiempo libre de las tardes fueron invitados a seguir su práctica dentro del hospital con un

salario por hora de trabajo si continuaban fuera del hospital, sus pacientes eran despojados del derecho a reembolso parcial. Así, a fin de presionar a los médicos, el gobierno castigaba a sus pacientes. El próximo paso podría ser ordenar a las farmacias no despachar las recetas de los médicos que están trabajando fuera del sistema.

LOS "ADMINISTRATIVOS" TOMAN LAS RIENDAS Y LA MAQUINARIA PIERDE SU LUBRICACION:

Mirando otro aspecto de la socialización de la medicina en mi país, la introducción de todas estas reglamentaciones ha resultado en un crecimiento canceroso del número de administradores médicos a todos los niveles de incompetencia. A fin de romper la cohesión de los grupos profesionales dentro de los centros hospitalarios, se han creado las llamadas "Unidades" que comprenden, por ejemplo, todas las entidades médicas quirúrgicas de los diversos departamentos dentro del mismo hospital. La responsabilidad del manejo de los pacientes se descargó sobre ciertos colegas, a los cuales se les dio la responsabilidad, pero no la autoridad ni los recursos, y sobre los cuales podía echarse la culpa de la falta de previsión de los políticos y los administrativos. A fin de asegurarse la docilidad y cooperación de algunos médicos prominentes, se cambiaron las normas para el nombramiento en los hospitales. Mientras que anteriormente los nombramientos hospitalarios los hacía en forma vitalicia el gobierno, después de una cuidadosa valoración de los méritos de los interesados por parte de un comité científico, en la actualidad los nombramientos son por tiempo limitado y por las autoridades locales y tomando en cuenta más factores políticos que méritos profesionales. Quedó entonces listo el escenario para eliminar la independencia y la integridad que hasta ahora habían caracterizado muchos clínicos suecos. Todavía sobreviven, como voceros independientes, los profesores, que tienen nombramiento vitalicio y sobre los cuales recae al final el deber de decir la verdad. Estos cambios graduales en áreas diferentes son, al parecer, elementos de una estrategia definida y a largo plazo. Han culminado en una casi completa socialización de la medicina sueca en un momento en que la economía de los países occidentales pasa por grandes dificultades, por no decir su completo colapso. La prolongada recesión, causa y efecto a su vez de un círculo vicioso integrado por la ineficiente utilización de

* Llamada la reforma de las siete coronas, porque cada visita a la consulta externa o al médico de zona, el costo de laboratorio, rayos X y de referencia, se cobraba en siete coronas (US \$ 1.50), o sea la mitad de lo que actualmente cuesta cortarse el pelo, 15 coronas.

la fuerza laboral, la disminución del producto nacional bruto, aumento de los costos sociales para mantener gente improductiva, e impuestos progresivos para pagar por todo esto, ha creado una contra-reacción pública y política hacia los gastos en seguridad social, que afecta la prestación médica en general, y a los hospitales en particular, por ser lo más caro del sistema.

Es en este mercado en retracción para la medicina INSTITUCIONAL que los primeros batallones del cada vez más numeroso ejército de médicos suecos se están acercando al campo de batalla. A fin de poder emplearlos, los dueños de los hospitales —los municipios— tratan de reducir el número de horas o los salarios de los ya empleados, o simplemente de despedirlos y contratar nuevos por un tiempo. Tomando en cuenta los nuevos reglamentos y los contratos de trabajo, tanto múltiples como complejos, resultantes de las negociaciones colectivas, la Comisión de Seguridad Social publicó recientemente un libro de 60 páginas sólo para describir como se calcula el número de médicos necesarios en cualquier departamento o servicio. Este libro es un fascinante monumento al total absurdo en que los legisladores, administrativos y sindicalistas han transformado una maquinaria que funcionaba simple y eficientemente. No es de extrañar que muchos clínicos que antes desempeñaban un papel activo en el manejo de los hospitales suecos se alejen de estas verdaderas pesadillas, declinen compartir responsabilidades y traten de encontrar un refugio para su idealismo y compasión retornando al ejercicio de la medicina como un ARTE. Desgraciadamente, este escapismo no va a mejorar las cosas. El "sistema" se ha infiltrado a todo nivel de actividad médica.

Los políticos y los administrativos han hecho un buen trabajo y no han estado durmiendo. Por el contrario, muchos médicos suecos, al igual que muchos hombres de negocios, han estado cavando sus propias tumbas durante los fines de semana con los palos de golf. Uno entonces se pregunta si ya se alcanzó la meta final del movimiento socialista. Casi todas las actividades profesionales médicas han sido dolosamente reglamentadas y todas las horas de trabajo y salarios normados y disminuídos anualmente, debido a una insuficiente compensación del proceso inflacionario. La libre elección de su propio médico se ha eliminado, a menos que uno quisiera y pueda pagar por los servicios que recibe y por los que no usa. Pero queda, otro campo, el de los MEDICAMENTOS.

Consecuentemente, el próximo asalto está programado sobre las casas farmacéuticas, que están amenazadas por la socialización, y que ya han sido parcialmente intervenidas por el estado, así como las farmacias, entabando la libre competencia, y posiblemente obligando al exodo a la parte creativa de la industria farmacéutica sueca. Cuano esto llegue, si llega, la medicina sueca se irá acercando al patrón médico que existe en Europa Oriental.

He tratado de describir las varias etapas que conducen al presente y futuro del servicio médico en Suecia (Tabla No. 1). Si ha existido una estrategia a largo plazo en estos acontecimientos y un aprovechamiento inteligente de cada coyuntura, es difícil decirlo estando fuera de la estructura de poder. Mi sentir, sin embargo, es que la teoría de que existió una estrategia a largo plazo es casi correcta, y que sus tácticas se han hecho más fáciles con cada nueva victoria. Esto ha ido depletando a la profesión médica cada vez más de campos de batalla, defensas y munición. Mirando hacia atrás los 25 años de continua retirada, siento que la política de negociar ha sido equivalente a muchas batallas perdidas. Los intentos para tender puentes de plata entre ambas partes no condujo a una comprensión MUTUA. Es difícil saber si una actitud más férrea de nuestra parte hubiera tenido más éxito. El Parlamento Sueco se ha demostrado capaz de dictar casi una ley marcial contra tres grupos de la sociedad: los médicos, los dentistas y las enfermeras, tres grupos cuyos servicios parecen ser más vitales que otros para la supervivencia de una sociedad civilizada.

No estoy muy seguro de que lo que nos pasó a nosotros podría ser evitado en otras partes, si se mantiene en el poder un partido socialista aguerrido. Pero por lo menos, si señalamos algunas de las estrategias que se han usado, podremos estar listos para defender el último bastión de la profesión médica.

TABLA 1

ALGUNAS ETAPAS PARA SUBYUGAR UNA PROFESION LIBRE

1. Crear el seguro de enfermedad obligatorio y obligar a los médicos a horarios de trabajo, escalas salariales y trabajo de papeleo.
2. Cumplida esta etapa, transforme a los

médicos en empleados públicos pagándoles un salario fijo por una determinada jornada semanal.

3. Prohiba las actividades profesionales fuera de la jornada de trabajo. (Son tolerables actividades, pero no en calidad de médico. No se limita el trabajo de los curanderos, pero sí el de los médicos).
4. Aumente la producción de médicos en las escuelas de medicina para producir un exceso de profesionales, a fin de bajar su ingreso y su nivel de vida.
5. Centralice todo el adiestramiento de post-gradado y elimine la elección individual de futura especialidad.
6. Elimine la libre elección del médico por el paciente regionalizando los hospitales y centros de salud.
7. Introduzca la política en las universidades, las escuelas de medicina y la concesión de fondos para investigación.
8. Elimine las notas y puntaje en los estudios graduados y post graduados y quítele énfasis al mérito profesional para la asignación de puestos.
9. Deje que los cuerpos políticos hagan los nombramientos médicos más importantes.
10. Socialice y uniforme la producción y distribución de medicamentos.
11. Acumule toda la información de los pacientes en una computadora nacional.

LOS MEDICOS JOVENES Y EL FUTURO:

"La profesión médica" de hoy día es diferente a la de hace 25 años. A través de este tiempo el número de médicos ha aumentado considerablemente y el promedio de edad de los médicos ha disminuido por un proceso de dilución. Desde el punto de vista político, la mayoría de los médicos suecos son todavía probablemente conservadores, liberales, pero un considerable número de médicos jóvenes en las áreas de psiquiatría y medicina social pertenecen a los grupos de izquierda y tienen fácil acceso a los vastos medios de comunicación a los que tiene acceso esta tendencia política.

A través de los siglos la imagen básica del buen médico se ha fundado en los conceptos Hipocráticos del ejercicio profesional y otras características como libertad intelectual, integridad personal y respeto por la persona humana, estos valores no son necesariamente apreciados por ciertos médicos jóvenes que en un esfuerzo desesperado y anti-intelectual de captar los problemas del mundo actual, tratan de encontrar una vía de escape sumeriéndose en conceptos como médicos "colectivistas" o los "médicos descalzos", en mayor o menor grado. Para este grupo, la evolución que yo he descrito en términos esencialmente negativos probablemente se aprecia en términos opuestos, tales como la derrota del capitalismo, o de algún otro "ismo". Aún más, todavía puede quedar UN común denominador para los médicos liberales y los revolucionarios, el cual sería una avasalladora consideración hacia el PACIENTE, en contraposición a las crecientes demandas y comandos producidos por las autoridades que representan el estado y que hablan en nombre del COLECTIVISMO. En el escenario en que la medicina se ha practicado por miles de años, el PACIENTE ha sido el cliente y el empleado del médico. Hoy día es el estado el que clama ese papel y el que puede determinar las condiciones en que va a trabajar el médico. Estos dictados no se van a limitar a las horas de trabajo, salarios y listas de medicamentos, sino que van a invadir todos los ángulos de la relación médico paciente. Cuando el expediente clínico de todos los pacientes esté almacenado y actualizado en una computadora estatal, poco va a quedar de la medicina que conocimos. Si no peleamos y ganamos la batalla ahora, el día de mañana no habrá ninguna pelea que dar. La integridad e independencia del médico en cualquier "sistema" de prestación médica depende en último término de que pueda dejar la profesión si las condiciones de trabajo son inaceptables y encontrar fuera del "sistema" una labor significativa que le permita vivir. En mi país, la estrategia socialista parece dirigida hasta el momento, a cerrar esta última posibilidad. Y puede intentarlo con cierta confianza, puesto que la nueva generación de médicos en Suecia nunca ha vivido en una sociedad liberal, o sea, la libertad de escoger su propia área de actividad, y la existencia del ejercicio de la medicina como un ARTE cariñosamente ejercido por individuos que no pueden evitar hacer lo que les gusta, y amar su trabajo de todos los días.