

medicina de madrid

AÑO X - NUM. 3. MARZO 1976



¿HACIA UNA POLITICA SANITARIA?

LA CASA

DEL MEDICO página 4

ESTUDIO SOCIOECONOMICO DE LA SALUD EN ESPAÑA



BAJO el título genérico «Reforma Sanitaria» se han celebrado, en el Colegio de Médicos de Madrid, una serie de mesas redondas al objeto de exponer los aspectos que de forma más sobresaliente se enmarcan dentro de esta futura renovación de la Sanidad española. Otro de los propósitos que animaban la organización de estas mesas redondas pretendía el hacer llegar al Gobierno y demás organismos la opinión de los profesionales de la Medicina sobre los puntos básicos que la Reforma debería abarcar.

En el presente número de *MEDICINA DE MADRID* insertamos la última mesa redonda, en la que, sobre el tema «Estudio socioeconómico de la salud en España», presentaron diversas ponencias don Justo de la Cueva Alonso, doña Margarita Ayesterán Aranz, don Mauro Losa López y don Enrique Costas Lombardía. De las otras cuatro mesas redondas, desarrolladas en torno a los temas de la enseñanza de la Medicina, la Medicina hospitalaria, extrahospitalaria y de la comunidad, esta revista publicó, en ediciones pasadas, un amplio resumen con las ponencias expuestas en cada una de ellas.



ALGUNOS DATOS PANORAMICOS DE LA MEDICINA Y DE LA SALUD EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HOY

Don Justo de la Cueva Alonso y doña Margarita Ayestarán Aranaz

Vaya por delante que, contradiciendo al título, no vamos a dar datos, si «datos» se entiende en el sentido restrictivo de cuantificaciones. En primer lugar, porque las mesas redondas anteriores han ido formulando una serie de ellas, probablemente más afinadas, dentro de lo poco que en ese campo cabe afinar en la España de hoy, y, en segundo lugar, porque creemos más importante y necesario prolongar el discurrir realizado en la ponencia anterior, intentando dar y provocar una reflexión sobre la inserción de la problemática médica y sanitaria en la sociedad española global de hoy.

PAPEL SOCIAL

Es poco discutible que la definición del papel social del médico está en el centro mismo de la problemática médica y sanitaria. El análisis que hemos llevado a cabo sobre la actual crisis de ese papel nos ha dejado, si no otra cosa, la clara evidencia de que esa crisis es ininteligible si no se la encuadra en el marco más amplio de la sociedad global española.

Les invitamos ahora a ustedes a profundizar un poco en esas implicaciones de la crisis de la Medicina y la Sanidad españolas con la sociedad global. Lo cual plantea, casi inmediatamente, un problema de valores sociales. Hemos citado antes, por el tema del encarecimiento de la Medicina —y otras dos ponencias de esta mesa inciden de lleno en el tema—. Pues bien, no cabe afrontarlo sin referencia a un problema de valores.

Pero no cabe responder sin antes aclarar ¿qué sociedad es deseable?, y, dentro de ella, la Medicina, ¿para qué es deseable? Daremos, antes de fijar nuestra postura, un pequeño rodeo. Un rodeo sobre el tema del Ministerio de Sanidad.

Sobre el tema del Ministerio de Sanidad, parece haber cierto consenso. Nosotros mismos hemos medido en varias encuestas el mismo apoyo de los médicos a la afirmación de su necesidad. Voces y voces se suman para subrayar la irracionalidad al despilfarro y el increíble caos que la actual desorganización de la Medicina y Sanidad

supone en España. Hoy mismo, en «Ya», un compañero nuestro de carrera reclama el Ministerio de Sanidad. Nosotros estamos de acuerdo. Nosotros creemos, y aquí hablamos no como sociólogos, sino como socialistas, que deben ir nacionalizadas todas las clínicas y hospitales privados, que debe socializarse integralmente la asistencia sanitaria configurándola como un Servicio Nacional.

Pero, inmediatamente, surgen dos objeciones. La primera, ¿de qué sirve socializar formalmente la asistencia sanitaria si el organismo gestor no va a estar controlado por la sociedad? Porque un Ministerio de Sanidad que, como improbable, respondería hoy a nuestros deseos, seguiría siendo lo que es hoy el Ministerio de Trabajo o el de la Vivienda: un organismo irresponsable en el sentido concreto de que no responde de su gestión más que ante el Jefe del Estado, que a su vez no responde de su gestión ante el pueblo, y sirviendo, además, de coartada «humanitaria», «sacrificada», «sacerdotal» y «científica» a esa explotación.

REFORMA RADICAL

Cuando, y es un caso real, un enfermo suyo llega a su clínica postrado, destrozado por un ataque de asma, y ustedes saben —porque muchas veces lo saben— que ese asma se lo produce su vivienda inhumana, su vida obliterada, su desesperada situación como individuo. Cuando ustedes curan a ese individuo su asma y lo devuelven a su infierno urbano, *sabiendo* —porque ustedes lo saben— que una semana más de inmersión en ese infierno se lo devolverá a ustedes con un nuevo ataque de asma. Cuando ustedes aceptan gastar, por su orden, dinero de la sociedad en esas periódicas curas que saben



«La definición del papel social del médico está en el centro mismo de la problemática médica y sanitaria».

«Sirviendo de coartada humanitaria, sacrificada, sacerdotal y científica a esa explotación».



EL PAPEL DEL MEDICO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Por doña Margarita Ayestarán Aranaz y
don Justo de la Cueva Alonso

Señoras, señores:

Las personas sensatas suelen pensar, y a veces decir, que la paz y la guerra son cosas demasiado importantes para dejarlas enteramente en manos de los militares. La Medicina y la salud son cosas demasiado importantes para dejarlas enteramente en manos de los médicos. Lamentáramos que esto sonase a descortesía. Sería, en todo caso, una descortesía a la que nos ha forzado la propia cortesía del Colegio al invitarnos a nosotros, sociólogos, a participar en su ciclo de mesas redondas sobre la Reforma Sanitaria. Síntoma, por otra parte, claro de que la Clase Médica tiene progresiva conciencia de la necesidad de un tratamiento inter y transdisciplinario de la compleja problemática actual de la Sanidad.

¿Qué herramientas propias, qué perspectiva específica puede aportar la Sociología para el análisis de esa problemática?

La Sociología ha construido dos herramientas conceptuales para resolver desde su propia perspectiva las implicaciones de un viejo dilema: individuo versus sociedad. La experiencia nos muestra como un hecho que existen individuos. Pero también nos muestra como un hecho que existe la sociedad. La Sociología no puede superar el dilema «sociedad-individuo» mediante el expediente de afirmar la realidad de la sociedad (o del individuo) a base de negar la sustantividad del individuo (o de la sociedad). ¿Cómo, pues? Encontrando «el dominio en que el hombre y el hecho de la sociedad se superponen».

«La Sociología es una ciencia del hombre —ha escrito el sociólogo español Jiménez Blanco—, pero no del hombre de carne y hueso... la Sociología no pretende dar cuenta del individuo humano en toda su complejidad, sino del individuo humano como miembro de un grupo social. Para decirlo con los términos más expresivos, la Sociología no es la ciencia del «hombre de carne y hueso» de Unamuno, sino del homo sociologicus de Dahrendorf. El homo sociologicus es, por supuesto, una construcción científica como el homo economicus o el homo politicus de otras ciencias sociales. El homo sociologicus, nos dice Dahrendorf, se halla

sumará mucho más de lo que costaría una casa decente para él, ustedes, queridos colegas universitarios, son cómplices, instrumentos y coartada de la explotación del hombre por el hombre.

Medicina, ¿para qué?, ¿para disimular?, ¿maquillar los defectos brutales, las injusticias sangrientas de un salvaje sistema de alicuación, de explotación y de brutalización del esfuerzo humano para arrancarle plusvalías?

Quizá ustedes voten a favor. Pero háganlo a sabiendas. No se engañen. No hay reforma sanitaria posible ni viable, salvo engaño flagrante a ustedes mismos, sin reforma radical, a fondo —nosotros creemos que socialista—, de esta sociedad.

Piénsenlo. La trama global de la sociedad española se halla hoy sometida a un proceso de cambio tanto más profundo cuanto más se pretende ignorarlo. «Las cosas son como son, hasta que dejan de serlo», reza nuestro cancionerillo. Están ya dejando de serlo. Y ante la obsolescencia sobrevenida a zancadas no cabe, salvo para aquellos a los que los dioses ciegan porque quieren perderlos, otra opción que la de tensar la mirada para entender el cómo y el porqué de un cambio cuyos relámpagos ya hemos visto y cuyos truenos resuenan, rotundos, ya a nuestro alrededor.

en el cruce del individuo y la sociedad. Es «el hombre como portador de roles sociales preformados. El individuo es sus roles sociales, pero éstos son, a su vez, el hecho molesto de la sociedad».

Todo individuo ocupa una serie de lugares en el campo de las relaciones sociales. Llamamos «posición social» a cada lugar de ese campo de relaciones sociales. Como indica Dahrendorf, «toda posición implica para el conocedor de ella una red de otras posiciones relacionadas con aquellas, un campo de posiciones». El doctor X, «en cuanto médico», se encuentra en un campo de posiciones con sus enfermos, con los familiares de éstos, con su enfermera, con el jefe provincial de Sanidad, con el decano de su Colegio de Médicos, con el gerente de la Sociedad del Seguro Libre a cuyo cuadro médico pertenece, etcétera.

Por supuesto, el doctor X, ocupa otras posiciones sociales: la de padre, la de catedrático, la de presidente de una comunidad de propietarios, la de campeón provincial de ajedrez, etcétera. Y cada una de ellas le vincula con otra red de posiciones sociales en un sistema de coordenadas sociales. Como padre, está en un campo de posiciones con su hijo, con su hija, con su mujer (la madre), etcétera. Y así sucesivamente.

Lo que es realmente importante ahora para nosotros es que subrayemos, con Dahrendorf, que «para cada posición ocupada por la persona existen determinados modos de comportamiento, que se espera sean realizados por el portador de aquella; hay cosas que hace y posee, propias de todo lo que es; a cada posición social corresponde un rol social. Al ocupar el individuo posiciones sociales, se convierte en el personaje del drama escrito por la sociedad en que vive. Para cada posición le proporciona la sociedad un rol que él ha de representar». De forma que «mediante posiciones y roles se comunican los dos hechos del individuo y la sociedad».

La posición social nos indica el lugar que ocupa un individuo en un campo de relaciones sociales. El rol nos indica la clase de relaciones entre los portadores de posiciones sociales de un campo determinado. El rol de médico nos dice cómo deben ser las relaciones del doctor X con sus enfermos, con los familiares de éstos, con el jefe provincial de Sanidad, con el decano de su Colegio de Médicos, con el gerente de la Sociedad del Seguro Libre, etcétera. El rol de médico nos dice cómo puede esperar el doctor X que le traten sus enfermos, lo que el doctor X puede esperar que le hagan sus enfermos y lo que puede esperar que no le hagan. Y lo que los enfermos puedan esperar que el doctor X les haga o que no les haga. «Los roles sociales —dice Dahrendorf— son haces de expectativas vinculadas en una sociedad al comportamiento de los portadores de posiciones.»

Nuestra opinión es que el papel social, el rol social del médico en la España de hoy está haciendo, o ha hecho ya, a la vez, explosión e implosión. Que el haz de expectativas vinculadas en nuestra sociedad al comportamiento de los médicos (y al de los que se ponen en relación con ellos en cuanto médicos) ha perdido fuerza, ha ganado confusión y ha dejado de estar protegido por el mecanismo del control y de la sanción sociales unánimes o cuasi unánimes.

Y que, en consecuencia, «los médicos ya no saben qué cosas tienen derecho a esperar que les hagan los demás, ni qué cosas tienen derecho a esperar que no les hagan; a la vez que 'los demás' ya no saben qué cosas tienen derecho a esperar que los médicos les hagan o qué cosas tienen derecho a esperar que no les hagan.»

FUERZAS ACTUANTES

¿Qué ha pasado para que el rol de médico haya hecho esa explosión e implosión simultánea? Muchas y muy gruesas cosas. Tantas que habremos de ser brutalmente esquemáticos al enumerarlas sin casi pretender describirlas.

Ha habido, ante todo, una serie de fuerzas que han actuado desde el interior del propio núcleo de la actividad médica. Las fuerzas que han hecho «explotar» el rol de médico. Helas aquí:

1.º El volumen y la aceleración del cambio científico y técnico, que ha sido espectacularmente importante en las ciencias médicas. A mediados de este siglo la National Library of Medicine de Bethesda, cercana a Washington, superó los 30 millones de volúmenes. Entre enero de 1964 y agosto de 1969 el Index Medicus recogió un millón de artículos médicos.

2.º El consecuente fenómeno de la especialización progresiva que ha llevado al astillamiento y a la fragmentación del rol de médico. Y que ha traído consigo el desplazamiento del prestigio desde el médico general al especialista, el forcejeo para la aceptación del ejercicio de la Medicina de grupo y la Medicina en equipo y la constante amenaza de la rápida obsolescencia sobrevenida de los conocimientos y las prácticas, con la dificultad incrementada del cada vez más imprescindible periódico reciclaje, así como la erosión continuada del valor de la «veteranía» frente a la ascensión del valor de la innovación.

3.º El fantástico incremento de la importancia de los fármacos, que han crecido no sólo en número y eficacia, sino en valoración incorporando o desarrollando fuertes connotaciones «mágicas» y «milagrosas». Con la consecuencia del desplazamiento del prestigio desde el médico al medicamento. Con la aparición de la autonomía del medicamento. Con el cada vez incrementado hábito de la automedicación o la conversión, de facto, del médico en un mero vehículo, en un mero trámite para obtener la receta de un fármaco.

4.º La progresiva complejización, tecnificación y mecanización de los medios diagnósticos, que ha modificado profundamente uno de los elementos fundamentales y clásicos de la actividad del médico: la mirada del médico, el diagnóstico del médico. Y que ha producido, también, un desplazamiento del prestigio desde el médico hacia los médicos diagnósticos. Y la aparición de una cierta autonomía de esos medios diagnósticos.

Todos estos fenómenos, que por otra parte ustedes conocen muy bien, han producido, inevitablemente, una amplia serie de profundas modificaciones en el haz de expectativas vinculadas en nuestra sociedad al comportamiento del médico.

Han producido, de dentro a fuera, la «explosión» del rol.

Ese tipo de conflicto es hoy muy frecuente. No afecta sólo a los médicos. Piensese en los centenares de miles de españoles emigrantes a Europa, socializados («entrenados») para vivir y trabajar en una pequeña aldea rural y que, abruptamente, se encuentran en una megalópolis como Londres o Hamburgo, con todas o casi todas las pautas de comportamiento que habrán internalizado devenidas inservibles, e incluso contraproducentes. Los hospitales psiquiátricos europeos albergan, por desgracia, una amplia muestra de los emigrantes españoles que han sido incapaces de superar ese conflicto y se han evadido de él mediante la locura.

He aquí una de las raíces de la situación de desasosiego interior, de incomodidad, de inadaptación de los médicos españoles. En el «gran teatro del mundo» tienen que representar el papel de «médico». Estudiaron el papel, copiaron los ademanes, el tono de voz, la forma de representarlo de su padre o de su abuelo, que durante muchos años lo representaron, pues —como luego veremos— la Medicina es una profesión frecuentemente hereditaria. Y al salir a escena el público les abuchea, les chilla, los rechaza. Porque el «papel» ha cambiado.

GRUPO DE REFERENCIA

¿Quién lo ha cambiado? ¿Quién es el «autor» que «escribe» los papeles sociales, los roles? Respuesta: la sociedad. Un rol es un haz de expectativas vinculadas en una sociedad, dada al portador de una posición dentro de esa sociedad: haz de expectativas cuyo contenido específico no se determina ni se cambia por cualquier individuo, sino por la sociedad. De acuerdo. Pero ¿quién o que es esa «sociedad» que define las normas sociales, impone y aplica las sanciones «sociales» y define los roles «sociales»? ¿El conjunto de los hombres que componen la sociedad? Es obvio que no. La mayoría de los miembros de la sociedad española, por ejemplo, no intervienen en la definición de las expectativas vinculadas a los roles de «policia», «monja» o «jugador de fútbol», por ejemplo. ¿Será entonces el poder legislativo o el ejecutivo, el Jefe del Estado, en España, el que actúa representando a todos los miembros de la sociedad al fijar las expectativas del rol y sus sanciones? En parte es cierto, pero no del todo. Hay muchas pautas de comportamiento social vigentes sin que el Jefe del Estado, o las Cortes, o el Gobierno las conozcan, ni mucho menos las hayan fijado.

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

La respuesta correcta, la que explica lo que pasa, emplea una categoría sociológica desarrollada por Robert K. Merton: el «grupo de referencia». Una categoría que subraya el hecho de que los individuos, para dar forma a su conducta y a sus valoraciones, se orientan hacia grupos de los que ellos mismos no forman parte. Y que es el rechazo o la aprobación de esos grupos (de los que no forman parte) al que guía y orienta su conducta. Dahrendorf reduce ligeramente el con-

cepto para poder precisamente aplicarlo a la solución del problema de quién o qué es esa «sociedad» que «escribe los roles, los papeles sociales». «Si entendemos —dice Dahrendorf— por grupos de referencia no todo grupo extraño, arbitrariamente elegido por el individuo, sino sólo aquellos con los que entra necesariamente en contacto debido a sus posiciones, podremos afirmar que todo segmento de rol y posición establece una conexión entre el portador de una posición y uno o varios grupos de referencia. Los grupos de referencia no son ya, en este caso, necesariamente, grupos ajenos; el individuo puede ser miembro del mismo en razón de su posición. En este sentido, el campo de posición del catedrático Schmidt puede ser precisado como un agregado de grupos de referencia, cada uno de los cuales le impone prescripciones y es capaz de sancionar positiva o negativamente su comportamiento. La pregunta por la esencia de «La sociedad» con relación a los roles sociales se convierte en la pregunta sobre el modo como los grupos de referencia determinan y sancionan las expectativas de las posiciones localizadas por ello.»

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

Tres son los fenómenos principales que han determinado ese cambio de los grupos de referencia: 1) la asalarización y proletarización de los médicos; 2) la aparición del «poder farmacéutico» (los laboratorios multinacionales), y 3) la progresiva conciencia del derecho a la salud.

LA ASALARIZACION Y PROLETARIZACION DE LOS MEDICOS

En esta misma mesa redonda se va a tratar de los costes crecientes, del encarecimiento de la Medicina. Lo daremos por establecido para pasar a subrayar que ese encarecimiento es una de las fuerzas objetivas que están empujando hacia la proletarización del médico. A los médicos les está pasando, en esta segunda mitad del siglo XX, lo que les pasó a los artesanos ingleses en el último tercio del siglo XVIII y a los artesanos franceses, alemanes, norteamericanos y japoneses durante el siglo XIX. Es bien sabido que cuando se produce la revolución industrial en un país aparecen dos nuevos sectores sociales inéditos hasta entonces (los empresarios y los obreros). Caracterizados por un hecho básico y fundamental: su relación con los medios de producción. Los empresarios son los que poseen los medios de producción, los obreros son los que no poseen los medios de producción.

Antes de la revolución industrial, antes del desarrollo del maquinismo, un artesano podía poseer y ser propietario de los medios de producción porque esos medios de producción eran relativamente baratos, estaban a su alcance. Pero cuando el progreso tecnológico complejiza y enca-

rece los medios de producción, cuando los medios de producción dejan de ser el yunque, el martillo y la lezna de zapatero para convertirse en «la fábrica», en el conjunto de máquinas complejas, caras y costosas, la gran mayoría de los artesanos dejan de poder poseer los medios de producción y tienen que pasar a ser trabajadores asalariados por aquellos pocos que si pueden pagar el precio de una fábrica. Ese paso supone una profunda reconversión del papel y del status del artesano. Antes, el artesano se apropiaba del fruto entero de su trabajo. Ahora, el artesano devenido obrero no puede apropiarse del fruto completo de su trabajo. Entrega su trabajo a cambio de un salario que le paga el propietario del medio de producción, que es quien se apropia del fruto completo de su trabajo.

Ocioso es indicar las consecuencias económicas, sociales y políticas de este hecho. Su relato es el relato de la historia del siglo XIX y lo que va del XX. Lo que nos importa ahora es resaltar cómo mientras la Medicina estaba en un estado tal que podía ejercerse con unos «medios de producción» relativamente baratos (un estetoscopio, un modesto utillaje para análisis clínicos, un instrumental reducido), un médico podía ejercer la Medicina «artesanalmente». Y podía apropiarse de la totalidad del fruto de su trabajo. La Medicina se ejercía así como una «profesión liberal». Toda una concepción del mundo y del propio papel del médico en la sociedad estaba así ligada al hecho de ejercicio «liberal» de la Medicina. La contraprestación que recibía el médico por el fruto de su trabajo (la curación o el esfuerzo para la curación) no era un sueldo. Eran «los honorarios».

Toda esa concepción se tambalea, se retuerce y se astilla ante el embate del encarecimiento brutal que provoca el progreso científico de la Medicina. El «instrumento de producción» de la Medicina ha dejado de ser un modesto maletín con un estetoscopio y pocos trebejos más. El «instrumento de producción» de la Medicina, hoy es una de las máquinas más complejas, más costosas y más sofisticadas que conocemos: el gran hospital, la gran clínica. Una máquina compleja y costosísima compuesta de muchas máquinas complejas. Esa máquina compleja, ese medio de producción de la Medicina es, obviamente, muy cara. No está al alcance de cada médico. Y el médico tiene que dejar de ser un artesano para convertirse en un asalariado, para trabajar en esa máquina a cambio de un sueldo que le pague el dueño de la máquina.

Ahora todavía es posible en algunos países occidentales que el dueño de esa máquina sea un individuo (que inclusive puede ser un médico) o una compañía privada. Pero el coste creciente de esas máquinas está empujando (junto con el fenómeno de la conciencia de derecho a la salud que luego examinaremos) hacia una situación tal que el único posible propietario de esas máquinas, de esos medios de producción de Medicina, sea la necesidad. Ese es uno de los caminos que llevan inexorablemente a la socialización (en sentido político-económico, no en el sociológico) de la Medicina. Pero lo que nos importa es subrayar la profunda mutación que supone pasar de ser «un profesional liberal que cobra honorarios» a ser «un profesional contratado por otro bajo cuya disciplina se encuentra y que le paga un sueldo». Es un



«El rol social del médico en la España de hoy está haciendo, o ha hecho ya, a la vez, explosión e implosión.»

«El haz de expectativas vinculadas en nuestra sociedad al comportamiento de los médicos ha perdido fuerza, ha ganado confusión y ha dejado de estar protegido por el mecanismo del control y de la sanción sociales unánimes o cuasi unánimes.»



cambio copernicano en el papel social del médico. Una revolución drástica en el haz de relaciones, en el haz de derechos, de obligaciones, de expectativas y reciprocidades que constituyen un rol, el papel social del médico.

El MIR de una «ciudad sanitaria» de la Seguridad Social de la España de hoy es un médico entre cuyos grupos de referencia figura, con peso increíblemente grande, al aparato burocrático de la Seguridad Social. Un aparato que, además, es el «poder» auténtico en la Sanidad española. Un monstruo que en 1972 era el «patrono», el «empresario», el «jefe» de 15.081 médicos de Medicina General y Urgencia, 12.885 especialistas y ayudantes, 86 catedráticos, 4.148 especialistas adjuntos y ayudantes, 2.360 internos y residentes y 40.399 miembros de personal auxiliar sanitario. Ese gigantesco patrono, ese gran empleador es, ciertamente, grupo de referencia para el médico. E interviene ¡y cuánto!, en la definición del rol de médico en la España de hoy. Fija, impone y exige expectativas de comportamiento a los médicos, en tanto que médicos. Y lo hace tratándolos, pensándolos, definiéndolos como asalariados, como proletarios.

La dialéctica de los acontecimientos ha llevado a los médicos, «novísimos proletarios», a descubrir y emplear el arma defensiva típica de los proletarios: la huelga. Coherentemente, los que les han proletarizado les niegan, como se lo negaron en su día sus homólogos a los primeros proletarios, el derecho a la huelga. Y, además de «reinventar» los viejos procedimientos de represión: «lock-out», listas negras, etcétera, reprochan, con típica desfachatez, a aquellos que han convertido en proletarios, que se comportan como tales y que incumplen las ideológicas exigencias de la profesión liberal, tales como la del «sacerdocio» médico.

LA APARICIÓN DEL «PODER FARMACÉUTICO»: LOS LABORATORIOS MULTINACIONALES

Hay otro grupo de referencia nuevo que ha venido a intervenir en la definición del rol de médico, a tomar parte en la formulación del haz de exigencias socialmente vinculadas a la posición de médico. Lo constituye un «poder». El «poder farmacéutico» de los laboratorios multinacionales que, ciertamente, han colaborado en la expansión del medicamento gracias a concebirlo —en frase de Leopoldo Arranz— «como una mercancía dentro de un presunto sistema de economía de mercado, situado en un contexto social de sociedad de consumo». En 1973 se evaluaba en veinte mil millones de dólares el mercado mundial de fármacos. Veintidós grandes multinacionales acababan el 61 por 100 del total.

Ese «poder farmacéutico» se ha erigido en uno de los grupos de referencia definidores del papel del médico. Le formula un haz específico de expectativas. Para 1972 se ha estimado que los instrumentos de publicidad y propaganda que bombardearon a los médicos españoles costaron 5.290 millones de pesetas: 265 en folletos, 1.271 en muestras, 2.701 en «visitas», 1.059 en páginas de revistas.

Ese grupo de referencia ha intervenido en la nueva definición del rol de médico, añadiendo al

médico una nota distintiva importante: el médico ha pasado a ser una pieza, una parte de un «mercado» específico. Y, por ello, ha pasado a ser sujeto pasivo de técnicas de «marketing» específicamente pensadas y diseñadas para él. Y así, en la medida de lo posible, el médico goza del dudoso privilegio de ser sometido, además de a su cuota, parte de manipulación como consumidor por ser ciudadano, a otra cuota, parte de manipulación como consumidor, por ser médico. Esto es: aquel-que-ordena-el-consumo-de-medicamentos-al-consumidor-final.

¿Es necesario que añadamos aquí cómo es precisamente el médico quien, por eso, ha dejado de ser para el enfermo sólo «el que cura» para ser también «el que da la baja o el alta»?

En segundo lugar, los enfermos han cambiado porque ha cambiado la sociedad española. No podemos hacer aquí sino mencionar el tema. Piénsese tan sólo en lo que supone el paso, muchas veces y para muchos, traumático, de una sociedad agrícola y rural a una urbana, industrial y de servicios.

En tercer lugar, los enfermos han cambiado en el sencillo sentido de que son muchos más. Como consecuencia de esa conciencia progresiva del derecho a la salud y de la parcial y mutilada conquista que de ese derecho se ha hecho, los españoles que han entrado en la órbita del tratamiento médico cuando están enfermos se han multiplicado. En 1973, la población protegida por la Seguridad Social sumaba 26,8 millones de españoles. Pero ese cambio cuantitativo ha producido un cambio cualitativo. Precisamente, el reproche máximo que cabe hacer a la Seguridad Social española no es que haya socializado la Medicina, sino, precisamente, que ha socializado «otra cosa».

La falla profunda de la Seguridad Social española, que desazona a los médicos e irrita a los enfermos y envenena las relaciones entre ambos, estriba en el complejo de «timo de la estampita». Lo que la Seguridad Social promete, lo que los enfermos creen tener derecho a exigir, lo que los médicos querían siempre realizar es proporcionar a cada asegurado, cuando la necesita, una auténtica relación médico-enfermo, un auténtico encuentro entre una competencia auténtica y una auténtica confianza. Lo que la Seguridad Social da es «otra cosa». En estas mismas mesas redondas se ha puesto de relieve la imposibilidad física de que en el tiempo de consulta en un ambulatorio del INP se pueden «ver» y atender correctamente al número de enfermos que «hay que ver».

Esos cambios en los grupos de referencia suponen como consecuencia cambios en la definición del papel de médico. Cambios tanto más conflictivos cuanto que el médico español, por razones que no podemos ahora detallar (entre ellas el fuerte carácter hereditario de la profesión), sigue internalizando, «aprendiendo», otro papel social de médico. Un papel que no es, ya, el que el autor (los grupos de referencia) ha corregido. No es de extrañar que el actor (el médico) esté incómodo. Creyendo que está representando bien su papel, que merece aplausos, oye pateos. Y tampoco es de extrañar que el público (que es el autor) se enfade y proteste porque no se representa el papel que se debe.