

MEDICO: UN PAPEL SOCIAL QUE SE HA FRAGMENTADO

Por Justo DE LA CUEVA ALONSO y Margarita AYESTARAN ARANAZ (sociólogos)

DJIMOS en la primera de estas notas que la posible explicación de la crisis de la Medicina y la Sanidad en España pasa por la explicación de la crisis del rol, del papel social, del médico en la sociedad española. El rol de médico ha hecho, a la vez, explosión e implosión en España. El rol de médico, esto es, el haz de expectativas vinculado en la sociedad española al comportamiento de los ocupantes o portadores de la posición social de médico, ha experimentado una violenta y compleja serie de transformaciones, de cambios y mutaciones. Y, como consecuencia, los médicos y los que con ellos tratan se encuentran inseguros, dubitativos y desorientados sobre lo que un médico, en tanto que médico, ha de hacer (y ha de omitir), sobre lo que cabe esperar que haga y que deje de hacer y sobre lo que él tiene derecho a esperar que los demás le hagan y le dejen de hacer.

Empleamos deliberadamente la frase "explosión del rol de médico" para expresar lo más gráficamente posible dos características del fenómeno que nos ocupa. De un lado decimos "explosión" para subrayar la violencia y la rapidez, la aceleración y la potencia con que se ha producido y se sigue produciendo la ruptura de la estructura del haz de expectativas vinculado al comportamiento de los médicos en España. De otro lado decimos "explosión" para subrayar que esa ruptura se produce "de dentro hacia afuera". Por fuerzas que actúan desde el propio núcleo del haz de expectativas vinculado al comportamiento del médico. Son factores que están actuando sobre el propio núcleo de la acción propia y específica del médico.

Por supuesto, también hay fuerzas que están actuando "de fuera hacia dentro" del haz de expectativas que constituye el rol de médico. Y por eso dijimos en la primera de estas notas que el papel social, el rol, del médico había hecho (y está haciendo) a la vez explosión e implosión. Dedicaremos esta nota a hacer una breve reseña de las fuerzas que han hecho "explotar" el rol de médico.

EL VOLUMEN Y LA ACELERACION DEL CAMBIO CIENTIFICO Y TECNOLÓGICO

Quizá la más básica de las expectativas vinculadas a la posición de médico sea la de que se espera de él que cure. Y que cure partiendo de un conocimiento científico y usando de unas técnicas basadas en ese conocimiento científico. Precisamente sucede que las ciencias médicas (y ya es significativo que se hable de "las" ciencias médicas) están plenamente insertas en el espectacular proceso de aceleración del proceso de acumulación de conocimientos científicos y del cambio tecnológico que esa acumulación induce.

Es ya un lugar común que si se estima en dos millones el número total de científicos e investigadores "producidos" desde el comienzo de la Historia, están hoy vivos y trabajando el 90 por 100. Menos conocido es el hecho de que el 80 por 100 de la tecnología que hoy se emplea ha sido descubierta después de 1955. Las ciencias médicas participan plenamente de ese proceso. Los periódicos y revistas científicas de todo tipo han saltado de ser un escaso centenar en 1800 a sumar un millar en 1850, diez millares en 1900 y cien millares en 1960. Hoy, en 1975, las revistas y periódicos dedicados a las ciencias médicas son 35.000 en el mundo. Los centros dedicados a la información documental médica suelen procesar 3.500 revistas anuales. Si un médico dedicara del 1 de enero al 31 de diciembre ocho horas diarias a leer "lo nuevo publicado", no conseguiría leer ni el 10 por 100 de la nueva documentación médico-científica.

Esa "explosión" de los conocimientos científicos y de la tecnología médica ha hecho "explotar" el rol de médico de seis maneras principales: la progresiva especialización (a la que acompañan el astillamiento y la fragmentación del rol y el desplazamiento del prestigio del médico general al especialista), la rápida obsolescencia sobrevenida de la capacitación (que plantea graves problemas de reciclaje y de cambios en las expectativas y en el desplazamiento del prestigio desde la experiencia hacia la novedad), el fantástico desarrollo de los fármacos (acompañado de la autonomía del medicamento y del desplazamiento del prestigio del médico al medicamento), la aparición y consolidación de nuevos medios diagnósticos (acompañada también de su progresiva autonomía), el desplazamiento desde la Medicina domiciliar a la Medicina hospitalaria y el proceso acelerado de encarecimiento de la Medicina.

ESPECIALIZACION, ASTILLAMIENTO, MEDICINA DE GRUPO Y OBSOLESCENCIA

"Dime de qué presumes y te diré de qué careces", reza un axioma de nuestra sabiduría popular. Idéntica perspectiva adopta la sociología jurídica cuando nos advierte de que la prohibición de una práctica en una norma es síntoma infalible de que esa práctica es relativamente frecuente en la realidad (no tiene sentido prohibir lo que nadie hace). Por ello quizá nada de mejor idea del astillamiento y de la fragmentación que en el rol de médico ha introducido la progresiva especialización que las enfáticas afirmaciones que de la unidad hacen los médicos. "La profesión médica es una, cualesquiera que sean las modalidades de ejercicio, que siempre son complementarias", declara la Carta Médica Europea.

La fragmentación y el astillamiento del rol de médico producidos por la especialización progresiva han saltado ya en la práctica una barrera que en su día se pretendió alzar: que el enfermo no acudiera al especialista sin ser enviado a él por un médico general. Se ha producido un desplazamiento del prestigio desde el "médico de familia" hacia el "especialista".

No cabe subestimar la modificación radical que en el rol de médico ha introducido la especialización progresiva. Hay un profundo cambio en las expectativas entre el ponerse en manos del médico "para que le cure a uno"

y el ir al especialista "para que le arregle la vista" o "le quite las amígdalas".

Por otra parte, la especialización progresiva plantea a los médicos dos problemas graves, que han de resolver para mantener su capacidad de eficacia. Uno, el de la necesidad de conseguir un adecuado enfoque teórico (y una praxis) para el trabajo interdisciplinario. Otro, el de conseguir que la sociedad y el Estado acepten el paso del ejercicio individual al ejercicio de la Medicina en equipo.

La aceleración del proceso de acumulación del conocimiento científico afecta también al proceso de especialización progresiva en el sentido de que no sólo es que cada día hay más especialidades, sino que cada día cada especialidad "está más especializada". Surge así el problema, gravísimo, de la rápida obsolescencia sobrevenida de los conocimientos. Con la necesidad imperiosa de un reciclaje difícil y costoso. Y con el desplazamiento del prestigio desde el experimentado al que está al día, desde la veteranía "como un grado" a la innovación como un mérito adicional.

LA AUTONOMIA DEL MEDICAMENTO

El breve repaso que hemos dado a uno de los resultados del cambio tecnológico y científico, la especialización, nos ha permitido vislumbrar hasta qué punto ha actuado y está actuando como detonador de la "explosión" del rol de médico, del haz de expectativas sociales vinculadas al médico. Pero hay otra fuerza que que también procede del cambio científico y tecnológico: el incremento vertiginoso de la importancia del medicamento.

El medicamento, el remedio, está llegando a alcanzar autonomía. Para millones de hombres y mujeres, el progreso de la Medicina se concreta y se hace tangible en el descubrimiento de fármacos cada vez más eficaces. Una doble consecuencia que afecta profundamente al papel del médico es la de la automedicación y la de la conversión del médico en mero vehículo para obtener la receta de un fármaco.

Se trata de las dos caras del proceso de desplazamiento del prestigio desde el médico al medicamento. La más drástica es la pura y simple supresión del médico. El enfermo se automedica. Torcuato Pérez de Guzmán y nosotros, en nuestra encuesta a una muestra de cuatrocientos médicos españoles, a la que ya nos hemos referido antes, hicimos la siguiente pregunta: "Es un hecho la "medicación sin médico". Sin juzgar ahora el hecho, sólo para intentar medirlo, ¿podría usted decirme qué porcentaje estima de sus pacientes particulares es el que se automedica sin consultarle: tranquilizantes, antibióticos y laxantes, por ejemplo?" Únicamente un 10 por 100 de los médicos contestó rotundamente que ninguno de sus pacientes hacía eso. El 36 por 100 de los médicos estimó que lo hacían así entre el 1 y el 30 por 100 de sus pacientes. Un 13 por 100 de los médicos estimaba el porcentaje de sus pacientes que se automedican entre el 30 y el 60 por 100. Y otro 13 por 100 señaló entre el 70 y el 100 por 100 de sus pacientes. El 23 por 100 de los médicos no pudo concretar el porcentaje.

En una encuesta realizada en 1972 a una muestra de la población madrileña hicimos dos preguntas que presentaban muy crudamente la alternativa médico o medicamento. Estas dos: "Cuando usted o alguien de su familia está enfermo ¿en qué confía usted más, en lo que sabe su médico o en la eficacia de las medicinas? Y "¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con esta frase: En mi caso personal, yo sé perfectamente las medicinas que necesito para mis enfermedades y no tengo que ir al médico; basta con comprar en la farmacia las medicinas que hacen falta?" Nos encontramos con un 6 por 100 de los entrevistados que estaban de acuerdo con la frase. Aún más significativo fue el resultado de una pregunta proyectiva. Esta: "Para decirlo de otra forma, suponga usted que está en una isla desierta, ¿qué preferiría usted tener: un buen médico, pero sin ninguna medicina, o un buen surtido de medicinas con sus prospectos y un libro de consultas, pero sin médico?" Un 70 por 100 prefería tener un buen médico sin medicinas. Pero un 23 por 100 (hubo un 2 por 100 que no contestó) de los entrevistados declaró que prefería tener un buen surtido de medicinas con sus prospectos y un libro de consulta.

La progresiva autonomía del medicamento va aún más lejos. No es sólo que el paciente se automedique. Es que llevado de su deificación del medicamento subvierte la relación con el médico, y en vez de seguir las instrucciones del médico (que pueden incluir la utilización de medicamentos) se dirige al médico para usarlo como instrumento que facilita medicamentos, como expedidor de recetas, como un trámite por el que hay que pasar para alcanzar el "milagroso" fármaco. En nuestra encuesta, Pérez de Guzmán y nosotros preguntábamos a los médicos: "El hombre de hoy polariza una exigencia creciente al medicamento de eficacia indiscriminada contra el dolor y la enfermedad. Ello le hace pensar en el médico como un mero instrumento para la obtención de medicamentos. Y, a veces, lo exterioriza en el trato. Por favor, ¿recuerda usted si en los últimos quince días ha experimentado la sensación de que la única razón de que su paciente le consultara era para que le recetara algo? ¿Podría usted cuantificar indicando porcentaje de consultas?" Un 27 por 100 de los médicos entrevistados nos dijeron que no les había ocurrido eso con ninguno de sus pacientes. Un 29 por 100 no recordaba o no contestó. Pero un 44 por 100 de los médicos sí les había pasado eso con sus pacientes en los últimos quince días.

LA AUTONOMIA DE LOS MEDIOS DIAGNOSTICOS

El papel social del médico, el haz de expectativas sociales vinculadas a la posición social de médico, ha "explorado", ha estallado en pedruzcos porque ha crecido desmesuradamente el volumen de cosas que se espera que sepa el médico y se ha diversificado brutalmente el número de cosas que se espera que haga el médico, hasta

el punto que ya no se espera que las sepa ni las haga "un médico", sino "una serie de especialistas".

Pero hay otro elemento clásico, básico, del rol de médico que ha estallado. Hay otra expectativa social de lo que tiene que hacer un médico que ha hecho explosión. Un componente básico de la acción del médico, una de las cosas fundamentales que formaba parte del haz de expectativas vinculadas a la posición de médico era la mirada del médico, el diagnóstico del médico. Se esperaba en ocasiones extremas, se suspiraba, se deseaba y se confiaba angustiosamente en que "le viera a uno el médico". Y "le dijera qué tenía".

También eso ha cambiado profundamente.

Una característica de la Medicina moderna es el apoyo del diagnóstico en el resultado de la utilización de una serie de recursos técnicos. Pedimos a nuestros cuatrocientos médicos entrevistados que recordaran los últimos cinco casos que habían diagnosticado y que nos dijeran si en alguno de esos cinco habían hecho uso, para el diagnóstico, de los rayos X, las radiografías, etc. El 53 por 100 había hecho uso en alguno de los cinco casos de los análisis clínicos para diagnosticar. El 45 por 100 había empleado los rayos X. El 42 por 100, las radiografías. El 18 por 100, el electrocardiograma, y el 13 por 100, el electroencefalograma.

Pero ese uso frecuente de los medios técnicos de diagnóstico va acompañado también por un desplazamiento del prestigio del médico hacia los medios diagnósticos. Por un proceso de autonomía de los medios diagnósticos. Hicimos a nuestros cuatrocientos médicos entrevistados la siguiente pregunta: "Con cierta frecuencia, los enfermos solicitan directamente al médico los medios diagnósticos. ("Doctor, quiero que me mande unos análisis", "Doctor, me parece que debería verme por rayos", etc.). Por favor, ¿recuerda usted si en los últimos siete días alguno de sus pacientes le ha solicitado directamente un medio diagnóstico? ¿Cuántos? Pues bien: un 53 por 100 de los médicos no sabía o no recordaba que le hubiera pasado eso (el 23 por 100), o bien, nos dijo (el 30 por 100) rotundamente que no le había pasado eso con ninguno de sus pacientes. Un 3 por 100 nos dijo vagamente que le había pasado con "pocos o con algunos". Pero el 44 por 100 de los médicos recordaba bien cómo le había sucedido el que sus pacientes de la última semana le reclamaron directamente un medio diagnóstico. En nuestra encuesta de 1972 a una muestra de la población madrileña hicimos esta pregunta: "Cuando usted o alguien de su familia está enfermo, ¿le basta con el diagnóstico del médico o, por el contrario, "no está usted tranquilo" hasta que se han hecho los análisis, se ha "mirado por rayos" y se han hecho "radiografías"? Más de la mitad (el 52 por 100) contestó que se conformaba con el diagnóstico del médico. Pero el 46 por 100 dijo que "no estaba tranquilo" hasta que se han hecho los análisis, se ha "mirado por rayos" y se han hecho "radiografías".

DE LA MEDICINA DOMICILIARIA A LA HOSPITALARIA

La sociedad burguesa del siglo XIX segregó varios esquemas simples para concebir y manipular la realidad. Esquemas trimembres. Por ejemplo, en la enseñanza se concebían tres niveles: primaria (o "inferior", para la clase baja; secundaria (o "media"), para la clase media, y universitaria (o "superior"), para la clase alta. La asistencia médica se concebía y se prestaba también de forma trimembre: los pobres "de solemnidad", en el hospital; la clase media, en el domicilio propio o en el del "médico de cabecera"; la clase alta, en el domicilio propio o en el consultorio del "especialista".

La expresión "carne de hospital" (o el pronóstico zarzuelero para "la pobre-chica-que-tiene-que-servir" de que "su paradero es el hospital") indican a las claras la imagen del hospital en la España decimonónica. ¿Hace falta insistir en la profundísima mutación producida al respecto en las últimas décadas españolas?

Aun con los crónicos retrasos y malformaciones típicos de nuestra sociedad, hemos entrado de lleno en la fase en la que el centro de gravedad de la asistencia médica se ha trasladado de la Medicina domiciliar a la hospitalaria. Estamos aún lejos del pronóstico del "Informe sobre la situación sanitaria de la Commonwealth" (Londres, 1970), según el cual, en 1980 serán atendidos hospitalariamente cuatro enfermos de cada diez. Pero no se trata ahora y aquí de subrayar las carencias, las deficiencias y las insuficiencias (por otra parte, evidentes) de la red hospitalaria española. Lo que nos importa es subrayar que ya, hoy mismo, la creciente importancia de la Medicina hospitalaria española es otro factor más que ha influido en la "explosión" del papel social del médico en la sociedad española. El haz de expectativas sociales vinculadas al portador de la posición social de médico ha experimentado otra línea de fractura: la que separa la Medicina hospitalaria de la Medicina domiciliar. Con múltiples consecuencias que se acumulan e interaccionan en la generación de la crisis de la Medicina y la Sanidad española: respecto de los costes, respecto de la enseñanza médica, respecto de la propia forma de la asistencia médica, respecto de la asalariación y proletarianización de los médicos. Dejemos las sólo apuntadas porque habremos de volver sobre ellas.

LA "IMPLOSION" DEL PAPEL SOCIAL DEL MEDICO

Pero sucede que el papel social del médico en la sociedad española no sólo ha hecho explosión, no sólo se ha visto fracturado, astillado y fragmentado por esas fuerzas que actúan "de dentro afuera", desde el propio núcleo del papel de médico, sino que también ha hecho "implosión". Una "implosión" provocada por la irresistible presión de fuerzas que han actuado y siguen actuando "de fuera hacia dentro", desde el entorno con que la sociedad española engloba al médico y a la Medicina. De esa "implosión" es de la que hablaremos en las próximas entregas de este trabajo.