

CUADERNOS
para el **DIALOGO.**

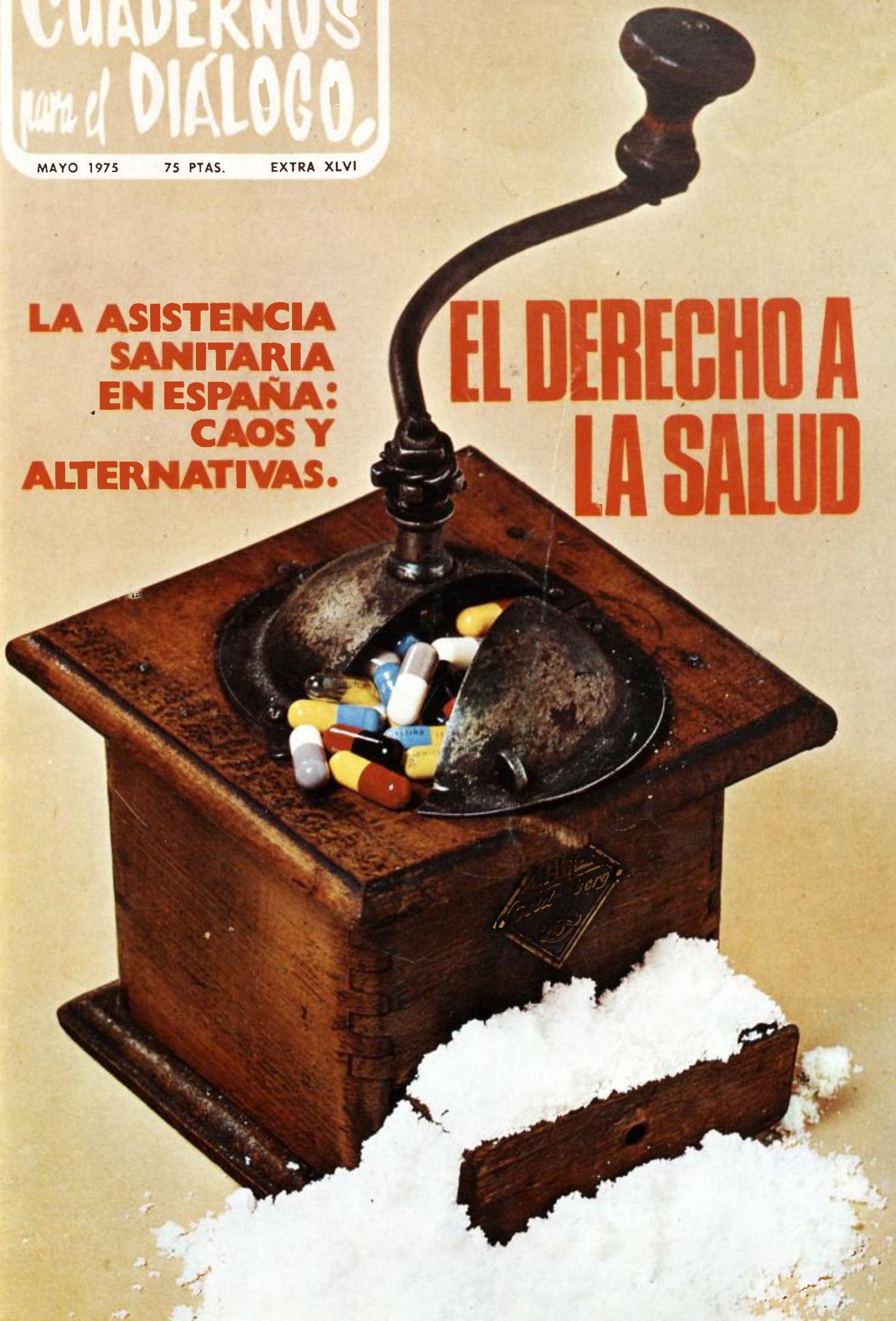
MAYO 1975

75 PTAS.

EXTRA XLVI

**LA ASISTENCIA
SANITARIA
EN ESPAÑA:
CAOS Y
ALTERNATIVAS.**

**EL DERECHO A
LA SALUD**





CLASES SOCIALES Y ASISTENCIA SANITARIA

La Medicina como coartada y el papel del médico

Justo de la Cueva y Margarita Ayestarán

I. LA MEDICINA COMO COARTADA

Gustamos decir que la demagogia, en su sentido peyorativo y no en el etimológico, consiste en dar soluciones simples a planteamientos simples de problemas complejos. Constituye también una inveterada costumbre del Régimen y forma parte, junto con la manipulación semántica y la habilidad para hacer pasteles de liebre sin liebre, del manual básico de maneras que se enseñan a sus epígonos y hasta a su oposición fabricada. Un ejemplo muy claro lo constituye la algarabía que reclama la creación de un Ministerio de Sanidad. Creación que aquí y ahora, sin más, es un perfecto ejemplo de la solución simple al planteamiento simple de un problema complejo. Dos son los argumentos más usados: que somos uno de los pocos países sin Ministerio de Sanidad y que la dispersión de competencias sanitarias (en dieciséis de los diecinueve Departamentos ministeriales que comprende el Gobierno español) exige la coordinación de las competencias y los poderes sanitarios. El primero no es un argumento demasiado importante. El segundo es, sencillamente, una falacia.

Porque esa dispersión del poder sanitario no es real, no tiene (como



tantas otras cosas en España) más realidad que la física de la tinta y el papel de los «Boletines Oficiales del Estado» en que están impresas las disposiciones legales. De hecho existe ya hoy en España un «poder sanitario concentrado». Un poder sanitario cuasi omnímodo que, además, funciona «por libre». Ese poder es

* A los efectos de una mejor y más nítida comprensión de lo que sigue creemos conveniente advertir que el marco de este artículo se define por dos coordenadas: está escrito por sociólogos y esos sociólogos son socialistas. Quiere ello decir que se van a emplear por un lado, categorías y herramientas conceptuales propias de la sociología (rol, status, grupos de preferencia, influencias y cosmopolitas, etc.) y, por otro,

datos resultantes de diversas investigaciones sociológicas realizadas en España (algunas por nosotros mismos, otras por nuestros colegas). Pero quiere también decir que nosotros no creemos ni podemos creer en la «neutralidad» de la ciencia en general ni de la sociología en particular. Nosotros frente a la realidad, no somos neutrales. Quede advertido el lector. Por supuesto, no vamos a hacer trampa. Quede tranquilo el lector, respecto de que no manipulamos ni manipulemos nunca un resultado, un dato o un porcentaje. Pero, colocados frente a una realidad escogemos algunas de sus partes para investigar toda vez que reconozcamos no poder investigarla toda. Y al escoger escogemos desde nuestra postura, desde nuestra posición de socialistas. Y aceptamos ese compromiso. Sabemos demasiado bien que nuestra propia instalación en la realidad condiciona nuestra mirada, que nosotros —según la jerga sociológica— también tenemos nuestro «filtro de Sheriff». Entre los múltiples condicionamientos, algunos conocidos, otros desconocidos y actuantes en nosotros a través de mecanismos psico y sociológicos que no nos es dable dominar, nuestra decisión de investigar ¿qué? es algo que, a la vez, nos viene dado (a lo que estamos condicionados) y que, sin embargo podemos, si no escoger libremente por completo, sí por completo libremente asumir. Hacemos lo que hacemos tal vez porque no tenemos más remedio que hacer eso, pero siempre podemos adherirnos o no a eso que no tenemos más remedio que hacer. En suma, siempre estamos comprometidos, pero podemos estarlo a sabiendas o no. Podemos estar, quizá lo estemos, condenados a cumplir un destino, pero siempre nos queda la opción de hacerlo lúcida, inteligente, humanamente, con los ojos abiertos o con el atroz sometimiento del que inclina la frente impotentemente mansa, al autoengaño de creerse libre en el mismo momento en que reacciona, dócil, al restallar del látigo de los condicionamientos de la estructura social en la que se mueve y en la que está instalado.

la Seguridad Social. El «poder» auténtico en la sanidad española, que en 1972 era el «patrono», el «empresario», el «jefe» de 15.081 médicos de Medicina General y Urgencia y 12.885 especialistas y ayudantes en la Asistencia General; de 86 catedráticos, 4.148 especialistas adjuntos y ayudantes, 2.360 interinos y residentes en las ciudades sanitarias y residencias y de 40.399 miembros del personal auxiliar sanitario.

Un monstruo que en 1973 empleó casi cien mil millones de pesetas en asistencia sanitaria y que este año va a rayar la fabulosa suma del medio billón de pesetas de recursos globales, destinando aproximadamente un tercio a la asistencia sanitaria.

No hay, pues, tal pretendida «dispersión» del poder sanitario. Hay, de hecho, un poder sanitario concentrado en la sociedad española. Un poder que, además, no está controlado. Que no rinde cuentas o las rinde tarde y mal (no tiene un balance consolidado; publica en abril de 1975 las cuentas de 1973). Y que efectúa uno de los hispánicos ejercicios de Juan Palomo, yo me lo guiso y yo me lo como. Siendo parte del Ministerio de Trabajo, sus cuentas y balances las controla y aprueba... el Ministerio de Trabajo.

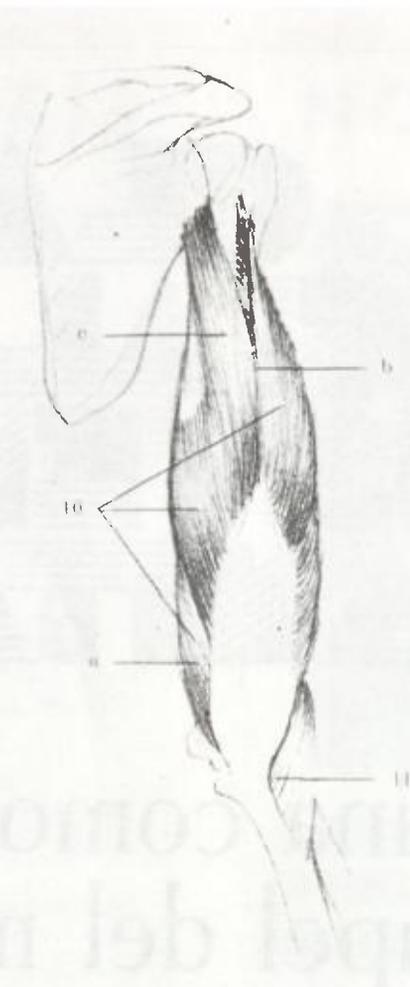
Un Ministerio de Sanidad, aquí y ahora, no serviría, pues, para «concentrar competencias y poderes sanitarios dispersos», sino para disciplinar y hacer transparente al «poder sanitario real» de la Seguridad Social integrándolo y subordinándolo a una política sanitaria nacional planificada, hoy, por supuesto, inexistente. Ahora bien, la inutilidad *hic et nunc* de un Ministerio de Sanidad precisamente porque no ganaríamos casi nada con que un Ministerio de Sanidad controlara y disciplinara a la Seguridad Social toda vez que los ministros no son controlados y disciplinados más que por el Jefe del Estado, que, a su vez, sólo es controlado y disciplinado por Dios y por la Historia.

De ahí que hayamos afirmado en otra ocasión que no cabe auténtica Reforma Sanitaria más que en el marco de una reforma profunda y radical de la sociedad y el Estado españoles que devuelva al pueblo su soberanía y el ejercicio de la misma.

LA MEDICINA COMO COARTADA DE UNA SOCIEDAD PATÓGENA

Pero es preciso dar un paso más. En efecto, discutir la forma y manera más conveniente de planificar y controlar la Seguridad Social supone dar por sobreentendido que la Medicina es buena y conveniente y que lo que hay que discutir es la forma de hacer que llegue a todos. Y a nuestro entender, hay que ir más atrás. Hay que cuestionar a la propia Medicina y al papel, a la función social que realiza *de hecho* en nuestra sociedad.

Nosotros creemos que la Medicina funciona hoy en España como la coartada de una sociedad patógena. No es un descubrimiento nuestro, por supuesto, toda vez que ese diag-



nóstico ha sido ya amplia y frecuentemente formulado. Nos limitamos a compartirlo. La Medicina funciona como un «tranquilizante social» a gran escala. Como una manera de encubrir, de tapar y de disimular las estrepitosas fallas de un sistema social que «produce» las enfermedades. Son cada vez más los médicos españoles que van tomando conciencia de que cuando ellos *curan* a los enfermos están curando los *síntomas* de la enfermedad: la estructura y funcionamientos deficientes de la sociedad que la hacen *per se* patógena. Cuando se proporcionan a los enfermos vitaminas y aminoácidos se encubre y disimula que la sociedad en la que viven no les permite comer la carne y la fruta que necesitan en la cuantía y calidad en la que la necesitan. Se encubre y disimula que no se les permite ni facilita tener una alimentación racional.

Cuando se proporcionan a los enfermos balsámicos para los bronquios, se encubre y disimula que la sociedad no les permite respirar aire puro.

Cuando se proporcionan a los enfermos tratamientos contra el asma o contra el reumatismo, se encubre y disimula que la sociedad no les proporciona viviendas decentes, salubres y ambiente no contaminado.

Cuando se proporcionan a los enfermos vasodilatadores, se encubre y disimula que la sociedad no les proporciona unas relaciones de producción humanizadas y unas ciudades sin atascos de tráfico.

Cuando se proporcionan a los enfermos perfeccionamientos crecientes en la traumatología y en la ortopedia, se encubre y se disimula que la sociedad no les proporciona unas condiciones de trabajo humanas, en las que haya seguridad, en las que la necesidad de hacer horas extras o de obtener rendimientos extra no exista y no aumente el riesgo de accidente por fatiga o por eliminación de las cautelas.

Cuando se proporcionan a los enfermos «días de baja graciables», se encubre y se disimula que la sociedad no les proporciona una reducción de la semana laboral o unas ciudades en las que el transporte diario incómodo y fatigoso consuma una parte creciente de la vida.

Cuando se proporcionan a los enfermos cortisonas para las alergias, se encubre y se disimula que la sociedad está organizada para que algunos se lucren con la presencia de substancias alérgicas.

Cuando se proporcionan a los enfermos protectores hepáticos para su hígado, se encubre y se disimula que la sociedad no les proporciona más que alimentos artificiales.

Cuando se proporcionan a los enfermos tranquilizantes, se encubre y se disimula que la sociedad no les proporciona zonas verdes, campos de deporte, servicios sociales para el ocio y un urbanismo racional y no especulativo.

Cuando se hace Medicina, en fin, lo que se está haciendo es dar una coartada a una sociedad patógena.

EL MEDICAMENTO COMO MERCADERIA

Además de dar coartada, la Medicina da dinero. Beneficios. Dividendos. La Medicina en nuestra sociedad, congruentemente con la estructura y funcionamiento de nuestra sociedad, ha convertido al medicamento en una mercadería y se ha dedicado entusiásticamente y eficazmente a promover, ampliar, complicar, difundir, excitar y reduplicar el consumo de las mercaderías-medicamentos. En 1973, el mercado mundial de medicamentos se estimó en *veinte mil millones de dólares* (20.000.000.000). Del que 22 laboratorios multinacionales controlaban el 61 por 100 (12.167 millones de dólares).

España, con 860 millones de dólares, representaba el 4,3 por 100 de ese mercado.

Quizá nada explique mejor la condición de mercancía que tiene hoy el medicamento que el siguiente hecho: los países subdesarrollados suman el 72 por 100 de la población mundial, pero sólo el 14 por 100 del consumo de medicamentos. No es que no necesiten tantos medicamentos como los demás, es que los medicamentos son mercaderías, y los que no son «mercado», los que no pueden pagar los beneficios (para el capital), pues se quedan sin ellos o sólo con unos poquitos. Eso sí, Cáritas envía de vez en vez, hoy por un terremoto, mañana por una inundación o una guerra, unas cuantas toneladas de medicamentos. Los po-

bres, ya se sabe, con que coman pollo una vez al año, por Nochebuena, tan contentos ellos. Los pobres que se mueren metódicamente, sistemáticamente, de hambre o de tifus, varias docenas de miles al día, pero «esparcidos» por el mundo, no molestan ni comueven. Comueven y molestan si se mueren «juntos» en un punto concreto.

Otro síntoma concreto de la conversión del medicamento en mercadería es el volumen y maneras de la acción de promoción del consumo. Los gastos estimados para el año 1972 en España suman a 5.296 millones de pesetas (1.059 en páginas de revistas, 2.701 en «ventas», 1.271 en muestras, 265 en folletos). Sí. La Medicina, además de dar una coartada a una sociedad patógena, da dinero. Beneficios y dividendos para los que controlan el consumo de medicamentos. La Medicina es uno de los motores de la sociedad de consumo, uno de los generadores de consumo.

No sólo de medicamentos, claro. También de camillas, de muebles, de cemento, de acero, de aparatos, de instalaciones.

En U. S. A. se calculó que en 1970 curar o cuidar a un canceroso costaba 500.000 pesetas; a un tuberculoso, 150.000 pesetas, etc. Por supuesto, la Medicina fomenta también eso que se ha llamado el «consumo suntuario» o el «consumo ostentoso». En España es evidente que la Seguridad Social incurre con frecuencia en lo que Enrique Costas ha denominado la «grandilocuencia sanitaria», la construcción de impresionantes edificios modernos, pretendidos albergues de una *supermedicina* exquisita».

LA MEDICINA COMO MEDIO PARA TRABAJAR Y CONSUMIR

Además de dar una coartada a una sociedad patógena, la Medicina rinde otros dos servicios importantes a esa sociedad patógena: mantener en el nivel más alto posible su fuerza productiva y su fuerza consumidora. Esta sociedad patógena necesita «productores» y «consumidores». La Medicina le sirve para aumentar el «quantum» de horas de trabajo de sus productores. Laura Conti ha subrayado, citando a Friedmann, un hecho revelador: «Desde que surgió la medicina científica, a saber desde hace un siglo en adelante, el niño que nace en Europa lleva consigo mayores esperanzas de sobrevivir, pero el aumento de las esperanzas de vida laboral *representan casi el doble del aumento de la esperanza de vida.*»

Recuérdese que el motor de nuestro sistema económico es el consumo. Un enfermo no consume o consume menos. La Medicina presta otro servicio *objetivo* al sistema: mantener alta la capacidad de consumo.

«Tribuna Médica» ha comenzado hace unas semanas a publicar una serie de reportajes dedicados a la «Sobredosis médica». De ellos tomamos una cita que nos parece perfectamente suficiente. Dice «Tribu-

na Médica»: «Desde hace una docena de años, la Medicina pone enfermas a más personas que cura. Entre todas las industrias, la Medicina se ha convertido en la más despilfarradora, contaminante y patógena. Intentando remediar caso por caso, individuo por individuo, mientras las poblaciones se vuelven cada vez más enfermas, la medicina enmascara las causas más profundas de las enfermedades, que son sociales, económicas y culturales. Pretendiendo aliviar todos los sufrimientos y angustias, olvida que, en última instancia, los individuos son asolados en su cuerpo y su psiquismo por el modo de vida. En la medida que les ayuda a soportar lo que les destruye,



ye, la Medicina contribuye, a fin de cuentas, a esta destrucción.» Así fueron, telegráficamente resumidas, las tesis de Ivan Illich tal como quedaron expuestas en los primeros párrafos del largo ensayo de Michel Bosquet —sociólogo, experto en temas de economía y ecología y periodista francés— dedicado a este tema en uno de los números de octubre de la revista «Le Nouvel Observateur». Dichas tesis, radicales y sorprendentes, desencadenaron a continuación una de las controversias más agudas, densas y apasionadas de los últimos tiempos.»

¿Necesitamos decir hasta qué punto compartimos las tesis de Illich?

II. CRISIS DEL PAPEL DEL MEDICO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Permitásenos ahora, dibujado ya a trazos gruesos el telón de fondo de la problemática de la Medicina en España (por supuesto desde *nuestra* propia perspectiva), concentrarnos sobre un aspecto concreto de la

misma, por más que sea un aspecto clave: el de la crisis del papel social del médico en España.

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 aquéllas, 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, etc.

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 aquélla»; 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, etc.*

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.*

¿Qué ha pasado para que el rol de médico haya hecho esa explosión e implosión simultáneas? 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 ac-

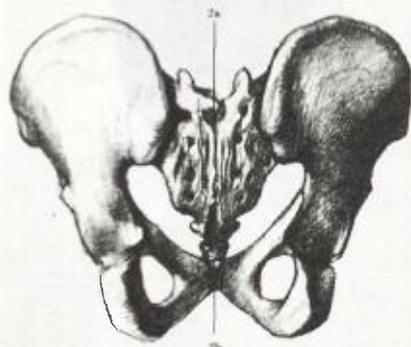
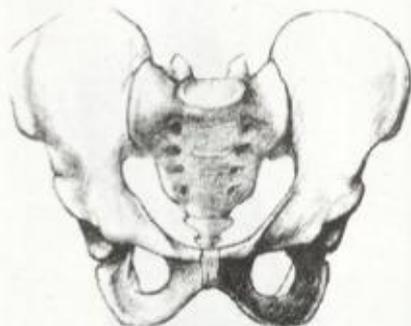
tividad médica. Las fuerzas que han hecho «explotar» el rol de médico. Helas aquí:

- 1.º *El volumen y la aceleración del cambio científico y tecnológico, 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 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 de médico. Pero han ocurrido también una serie de fenómenos que han afectado igualmente de forma profunda a la estructura del rol de médico y que han provocado su «implosión». Que han actuado de fuera hacia dentro.

LOS GRUPOS DE REFERENCIA

La «madre» del conflicto estriba, a nuestro entender, en un desfase, en uno de los mecanismos fundamentales de la sociedad: el proceso de socialización por la internalización de pautas de comportamiento. En efecto, hemos dicho ya que los roles son complejos de normas de comportamiento preestablecidos, independientes del individuo. Y por eso son «papeles» que el actor, el individuo, tiene que aprenderse para poder representarlos. En ese aprendizaje de su papel, en esa internalización que el individuo ha de hacer de un papel que le preexiste



para poder representarlo consiste la socialización en sentido sociológico. La integración con y en la sociedad.

Los «agentes» de esa socialización son, básicamente, el sistema educativo, la familia, la iglesia, el grupo de los iguales, etc. Ahora bien, en épocas de cambio social acelerado puede suceder que esos mecanismos, esos agentes de socialización, se desfasen. Y que hagan internalizar al individuo unas pautas de comportamiento, unas expectativas de comportamiento, unos roles, en definitiva, que han dejado de estar vigentes, que han cambiado. El individuo se socializa así para una sociedad que ya no existe. Se entrena para actuar de una forma que es diferente de la forma en que la gente espera ahora que actúe, le exige ahora que actúe y por la que le va a castigar ahora si no la respeta.

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 represen-

tar 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 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.

¿Quién lo ha cambiado? ¿Quién es el «autor» que «escribe» los papeles sociales, los roles? Respuesta: la sociedad.

Pero quién o qué es esa «sociedad» que define las normas «sociales», impone y aplica las sanciones «sociales» y define los roles «sociales».

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) el que guía y orienta su conducta. 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 vincule su posición de médico.

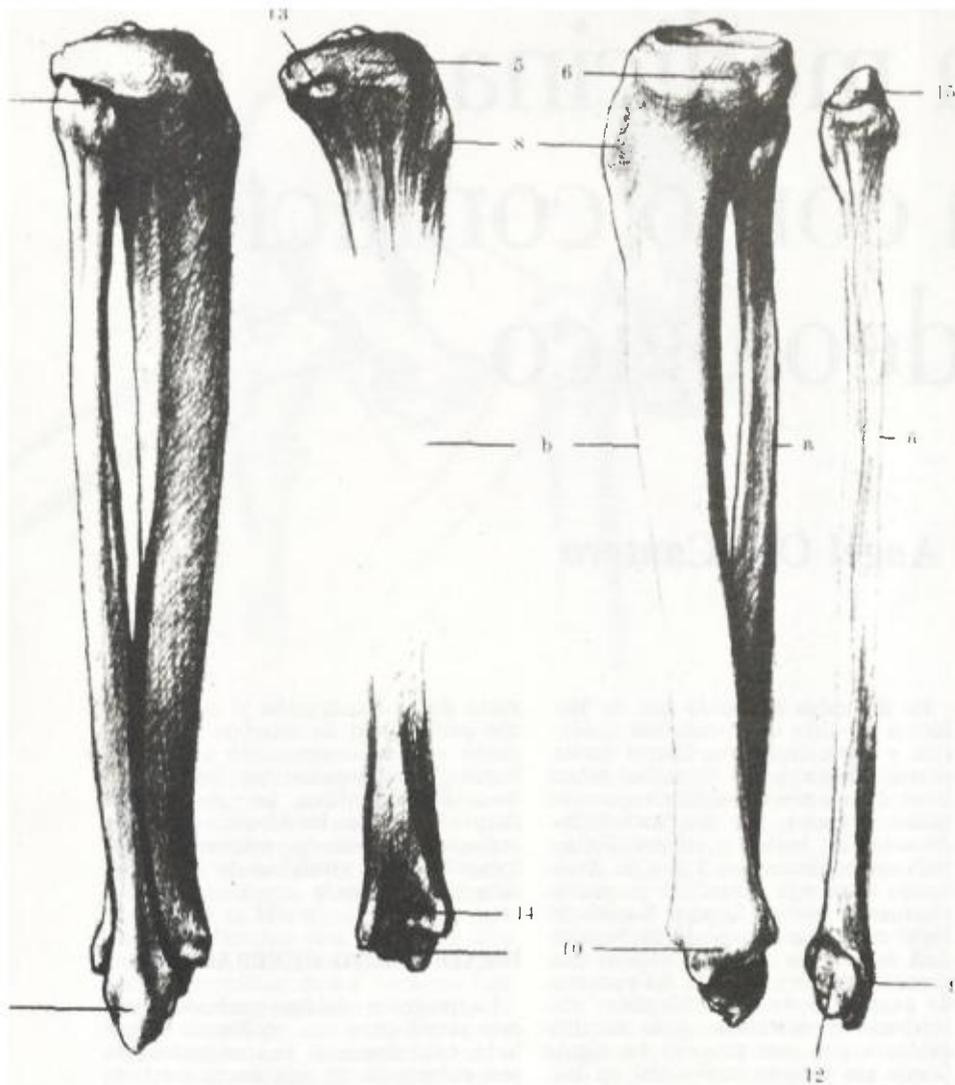
Tres son los fenómenos principales que han determinado ese cambio de los grupos de referencia: 1), la asalarización y proletarización de los médicos; 2), la aparición del «poder farmacéutico» (los laboratorios multinacionales), y 3), la progresiva conciencia del derecho a la salud.

No tenemos, desdichadamente, espacio para tratar de los tres. Nos contentaremos con intentar bosquejar el primero de ellos.

LA ASALARIZACIÓN Y PROLETARIZACIÓN DE LOS MEDICOS

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,



Vista lateral externa

Vista lateral interna

estaban a su alcance. Pero cuando el progreso tecnológico complejiza y encarece 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 sí 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 un «profesión liberal». Toda una concepción del mundo y del propio papel del médico en la sociedad estaba así ligada al hecho del 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 empuje del encarecimiento brutal que provoca el progreso científico y tecnológico de la Medicina. El «instrumento de producción» de la Medicina ha dejado de ser un modesto maletín con un estetoscopio y pocos trabajos 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 mé-

dico 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 hacia una situación tal que el único posible propietario de esas máquinas, de esos medios de producción de Medicina, sea la sociedad. 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 ahora 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 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.

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 proletarianizado 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 comporten como tales y que incumplan las ideológicas exigencias de la profesión liberal tales como la del «sacerdocio» médico.

NOTA FINAL

Este artículo está escrito, por emplear una expresión muy gráfica residuo de nuestra «imperial» infancia de gentes que rondan la cuarentena, «sin fe y sin respeto». Sin fe en la posible eficacia de publicar unas reflexiones de este talante en la circense realidad de la vida «pública» madrileña de hoy que semeja cada vez más un torpe ensayo de farsa. Sin respeto por el posible fruto de nuestra propia reflexión que sabemos condicionada, mutilada y falseada por un clima que lo es todo menos propicio para la sólida investigación. Pero con la esperanza, que nos mantiene vivos, de que intentar mantener el norte de la propia coherencia dialéctica es lo único que cabe realizar a los que han conseguido evadirse de una biblia y unos «intérpretes colegiados» y se niegan a aceptar ninguna otra biblia y ninguna otra categoría de «intérpretes colegiados».

J de la C./M. A.