

LOS MEDICOS PROLETARIOS Y EL ENCARECIMIENTO DE LA MEDICINA

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

DOCTOR: Usted que nos lee, ¿ha pensado alguna vez en el papel que desempeñaría en la sociedad romana si por algún artificio le hiciéramos retroceder dos mil años en el tiempo? Allí usted, médico, sería un esclavo. Un esclavo-médico, con privilegios, cierto; pero esclavo. Se lo recordamos para hacerle patente una de las características que a nosotros los sociólogos nos hacen ser más incómodos e irritantes para nuestros conciudadanos. La de que tenemos la desagradable obligación de recordar a la gente que las instituciones y los papeles sociales no son eternos, ni fijos, ni—por su propia esencia—inmutables y permanentes. Sino que varían de época a época, de sociedad a sociedad.

Nuestra experiencia profesional y científica nos ha enfrentado en múltiples ocasiones con el desasosiego de nuestros interlocutores, con su sensación de vértigo cuando les indicábamos cómo y por qué la sociología explica que no existen en la realidad cosas tales como funciones sociales o instituciones sociales "naturales", sino definiciones concretas y contingentes de cómo, aquí y ahora, una sociedad concreta desea que funcionen determinadas instituciones o papeles sociales. Va de suyo que ese vértigo, esa sorpresa y ese disgusto son quizá más extremados en España, donde abundan tanto esos españoles magistralmente dibujados por Mingote con la mitad inferior de su cuerpo constituida por un torreón o lienzo de muralla pétreo. Recordamos en concreto la sorpresa que provocamos a quien sostenía la universal validez y vigencia del rol de "padre" tal como él lo definía cuando le advertimos que en un área cultural humana (australiana por más señas) ese concepto de "padre" no sólo no existía, sino que no podía existir por el rotundo hecho de que esos australianos desconocían la relación causal entre el coito y el embarazo. Por supuesto, cabe—ante estos hechos—afirmar (y nuestro interlocutor lo hizo) que esa "gente" no son "hombres", sino "salvajes", animales degenerados, etc. Pero para gentes más ecuanimes subsiste el hecho de que los sociólogos y los antropólogos recogemos y presentamos a nuestros conciudadanos una larga e irritante colección de hechos que desmienten la placida y tranquila seguridad de que uno vive en una sociedad y que está inserto en unas instituciones "naturales" "como Dios manda". La gente, la humanidad, las sociedades concretas, se han dedicado con entusiástica y desconcertante pertinacia a definir lo que tiene que hacer o dejar de hacer un médico, o un juez, o un soldado de forma diferente y/o contradictoria a como lo habían definido sus vecinos o sus abuelos. Ciertamente, es también un hecho casi tan constante como la variación de los roles el que las distintas definiciones han sido defendidas como "la que ha mandado Dios". Dios, o los dioses, o la naturaleza han sido, a lo largo de los tiempos, empleados como "marca de calidad" o "sello de garantía" de la definición que convenía a los intereses de un pueblo, de una casta o de una clase concreta.

En resumen, le invitamos, doctor, a que reflexione sobre el hecho de que si le trasladáramos dos mil años atrás y le colocáramos en la casa de Julio César, usted, médico, sería probablemente griego y seguramente esclavo. ¿Por qué le pedimos ese ejercicio mental? Para, inmediatamente, pedirle que se dé cuenta de que la definición del rol de médico como médico-profesional liberal es tan frágil, tan contingente históricamente, tan poco "esencial", tan poco "natural" como la definición del rol de médico como médico-esclavo demostró serlo. Aún más, que le ha tocado a usted asistir al final de la época (dos siglos aproximados, fíjese, un soplo en la historia) en que esa definición del médico como médico-profesional-liberal ha estado vigente. Ha funcionado. Y ha sido defendida y exaltada como la "natural", como "la que Dios manda".

Supongamos que usted acepta, en principio, nuestro hilo argumental. ¿Y entonces qué? ¿Cuál es la nueva definición del papel de médico? Bueno, todavía no hay ninguna "generalmente aceptada". Todavía sobrevive, por supuesto y en parte, la vigencia de la definición del médico como médico-profesional-liberal. Pero mire usted en derredor aquí en España. ¿A qué se van asemejando, a qué se van convirtiendo los médicos? Se lo vamos a decir ya: los médicos en España se están convirtiendo (no son los únicos, por supuesto; piense usted en los ingenieros industriales o en los arquitectos) en los "novísimos proletarios".

Por favor, siga usted leyendo. Repase usted con nosotros el proceso que está mutándole a usted, médico, de profesional liberal en proletario. Uno de los nervios centrales del proceso pasa por el encarecimiento, objetivo, de la Medicina en nuestro tiempo. Convendrá usted con nosotros en que los gastos en salud, los gastos para conservar o recuperar la salud han crecido y siguen creciendo vertiginosamente. En 74.000 millones de dólares se estimaron los gastos en salud en USA el año 1972. Por las mismas fechas, el presupuesto del Ministerio de Salud y Seguridad Social de Inglaterra tenía un presupuesto de 2.200 millones de libras esterlinas; el del Ministerio de Salud Pública y de la Seguridad Social de Francia rondaba los 7.900 millones de francos nuevos, y el del Ministerio de Sanidad italiano se acercaba a los 210.000 millones de liras. El año pasado, la Seguridad

Social española ha gastado en asistencia sanitaria ciento diecinueve mil novecientos ochenta y un millones (119.981.000.000) de pesetas.

Ese encarecimiento plantea un gravísimo problema. Un problema sobre la jerarquía de valores. ¿Cuánta Medicina es deseable? ¿Cuánta puede pagarse una sociedad, la nuestra por ejemplo? El tema es sugestivo, pero no vamos a tratarlo ahora, sino en la "Nota" que dedicaremos a la Medicina y el sistema de valores. Lo que nos importa ahora es subrayarle que el encarecimiento de la Medicina 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 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 el progreso científico y tecnológico de la Medicina ha reproducido en nuestra época ese fenómeno, ahora aplicado a los médicos. 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 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".

Releamos las reveladoras palabras de Luis Alberti López en su lúcido ensayo titulado "En torno al ejercicio profesional de la Medicina en nuestro tiempo". Dice Alberti López: "No es un azar que las remuneraciones económicas que recibe el médico en virtud del ejercicio de su profesión sean calificadas de honorarios. En esta palabra va implícita la significación honorífica que merece y exige su actividad y, al propio tiempo, la afirmación de la imposibilidad de lograr una ecuación perfecta entre la calidad y la eficiencia del servicio que se presta y de la función que se cumple y la remuneración económica que se le acredita. Los honorarios profesionales no alcanzan, en términos generales—ni lo pretenden constitutivamente—, el pago exacto de un servicio. Son simplemente una compensación honoraria ineludible y, al mismo tiempo, el inevitable tributo a las exigencias económicas de unas necesidades familiares, individuales, sociales y aun científicas a las cuales no es ajena en modo alguno la vida del médico."

Toda esa concepción se tambalea, se retuerce y se astilla ante el embate 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 trebejos más. El "instrumento de producción" de la Medicina es hoy 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 occiden-

tales 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 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 el rol, el papel social del médico.

Y lo es precisamente por lo que hemos recordado en la tercera de estas "Notas". Porque los roles, los papeles sociales que se representan en el "gran teatro del mundo", son escritos por un autor múltiple, compuesto por los grupos de referencia con los que entra en contacto el "actor" como consecuencia de la posición que ocupa en el escenario. Al cambiar los grupos de referencia a los que le vincula su posición de médico cambian las prescripciones que esos grupos de referencia le imponen. Cambian también las formas en que esos nuevos grupos de referencia sancionan las expectativas de conducta que exigen.

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, el 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, el "empresario", el "jefe" de 15.081 médicos de Medicina, 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. Pero hay aún un factor más que añade tensión al problema.

El de que este proceso de reconversión del papel social de médico se hace tanto más confuso en la España de hoy (y, por ende, tanto más crítico) cuanto que es un proceso aún no terminado. Coexisten hoy en España modos de ejercicio liberal de la Medicina con modos asalariados de ejercicio. Aún más importante, coexisten no sólo en España, sino que coexisten en una misma persona. En un mismo médico. Son muchos los médicos españoles que ejercen a la manera liberal y TAMBIEN A LA MANERA ASALARIADA. Entre los 400 médicos españoles entrevistados en la encuesta que Pérez de Guzmán y nosotros hemos realizado, sólo un 27 por 100 ejercen exclusivamente como profesionales liberales. Un 71 por 100 trabaja en la Seguridad Social o en el Seguro Libre o en ambos a la vez, compatibilizando o no con el ejercicio liberal. (El 2 por 100 no contestó a esas preguntas.) Quiere ello decir que siete de cada diez médicos españoles ejercen la Medicina parcial o totalmente a la manera asalariada. Lo que quisieramos ahora resaltar es, precisamente, que la gran mayoría de ese 70 por 100 cohonesta uno y otro modo de ejercicio. Alberti López lo ha notado con aguda perspicacia. Dice así en su ensayo antes citado: "La actividad profesional del médico se va a ver sometida a la diaria y permanente tensión de un triple ejercicio, según tres sistemas de conceptos distintos y en buena parte contrapuestos entre sí: el hospitalario, el cual aportó su formación profesional y ligado muy afectivamente a las iniciales determinantes de la vocación profesional; el privado, entendido clásicamente como el modo primario de su actividad profesional en una sociedad competitiva, y el social, no definido conceptualmente con precisión y, por lo tanto, importando miméticamente sus conceptos teóricos y operativos de los anteriores campos, según las más diversas determinaciones de orden personal, circunstancial, político o institucional"... "El médico, que se encuentra sometido a la diaria necesidad de cambiar alternativamente sus conceptos abstractos reguladores, según actúe en cada una de las tres formas de este triple ejercicio, no puede soportar con sosiego la forzada tensión. Esa es la razón, a mi juicio, de la inquietud profesional del médico contemporáneo. Tanto vale este punto de vista para nuestro país como para el resto de los países; al menos, de los países del mundo occidental."

Discrepamos de Alberti López en que ésa sea, por sí sola, "la razón de la inquietud profesional del médico contemporáneo". Pero si bien creemos que no es la razón suficiente, sí es una razón necesaria para explicar la crisis del papel del médico en la sociedad española. Hay otros grupos de referencia nuevos que intervienen (como la burocracia de la Seguridad Social) en las nuevas definiciones del rol de médico. De ellas hablaremos en las próximas "Notas".