

## El médico y su peripecia actual

*M. Sánchez-Salorio*

*Profesor encargado de la cátedra de oftalmología  
en la Universidad de Santiago de Compostela*

### EL MECANISMO DE LA PERI- PECIA

El esquema vale tanto para las civilizaciones—donde TOYNBEE lo ha utilizado con amplia mano—como para las personas y las instituciones. Al recibir las sucesivas y distintas incitaciones que supone el cambio histórico, quienes se han distinguido al responder una incitación tienden a fracasar al tratar la próxima. Con el éxito se produce la «idolización» de la respuesta, que llega a ser así lo absolutamente deseable y defendible, olvidándose que sólo en la ecuación reto-respuesta tiene ésta valor y sentido. La bondad de una respuesta es tan efímera como la vigencia del reto que la hizo necesaria y exitosa.

Cuando el reto cambia, sólo se mantienen en forma histórica quienes lo afrontan con actitud adivinadora, pues

es creación y no nîmesis lo que la novedad exige. Pero quienes detentan el último éxito tienden, antes que a otra cosa, a defenderlo. Así la respuesta creadora es diferida o evitada hasta que otros—más libres—se adelantan y aciertan.

Esta inconstancia de las fortunas humanas ante el envite histórico es lo que ARISTÓTELES discute en su *Poética* como *metabasis* y que TOYNBEE ha traducido como «cambio de papeles».

---

En trance de tal índole anda comprometida la medicina actual. Un aire de universal zafarrancho—crítico y revisionista—recorre todo su ámbito. Al médico, de repente, todo se le ha vuelto problemático, y la «crisis» de la medicina es ya un lugar comúnmente constatado. No es nuestra intención,

aquí y ahora, considerar la totalidad de ese proceso—el esquema de la crisis—, sino una de sus parcialidades: aquella que se refiere al cambio de la medicina como «forma de vida» de quien la ejerce. El «cambio de papeles» que el médico—dramática persona siempre importante en el gran teatro del mundo—representa en la sociedad. En el breve tránsito de una generación, el médico, formado y vocado para el ejercicio de una profesión liberal y autónoma, se ha visto forzado a transformarse en «trabajador por cuenta ajena», instrumento empleado por el Estado para socializar la medicina. Transformación iniciada con fuerte aceleración, pero inconclusa todavía y quizá de signo no irreversible totalmente, a la vista de unos primeros resultados que piden rectificaciones importantes.

Y ésa es su peripecia actual: entre lo que su tradición y formación le enseñan y lo que la coyuntura social le pide, el médico no ha encontrado todavía respuesta integradora. Y, ante el dilema, empieza a no «saber a qué atenerse».

#### EL RETO Y LA RESPUESTA PREDECENTES. LA MEDICINA COMO PROFESION LIBERAL

##### *Análisis y apología*

El médico existe—tiene sentido—desde que el hombre enferma. El *pathos* entra en la naturaleza del hombre cuando el don preternatural se

pierde. El reto empieza cuando el Edén termina. La figura del médico es desde entonces una constante en la comunidad humana. Su necesidad no es el producto de una civilización, sino de una exigencia de la naturaleza vulnerada. Por ello el sentido de su faena—asistir al que padece—tiene la simplicidad de lo arquetípicamente humano, llámese pan, ánfora, jefe o sacerdote. Simplicidad quiere decir aquí que la carga de sentido se cierra sobre sí misma necesariamente. La relación médico-enfermo es una relación «cerrada». El enfermo debe encontrarse con su médico «como en una isla desierta», para decirlo con el grafismo de Schwemlinger. Entiéndese por ello que esta relación ha de establecerse directamente, sin intermediarios que la condicionen ni instancias superiores que la mediaten.

El médico se debe a sus enfermos y a nadie más; por eso ha de ser «libre». El acto médico no reconoce otras finalidades que las propiamente médicas: el enfermo busca alivio, el médico lo otorga en cuanto sabe y puede. La medicina es así, antes que nada, trato. El ideal en esta convivencia médico-enfermo es la relación personal. La medicina se ejerce «desde» y «para» la persona. El médico es más que un experto en enfermedades; es una persona que se enfrenta con una biografía alterada por la espina de la enfermedad. La espina es un suceso físico-químico que interfiere una función biológica. Por ello puede ser ex-

plicada como alteración de una legalidad científico-natural y entendida dentro de una «escena» biológica que la alteración frustra o pervierte. Pero quien enferma es la persona humana. En la medida en que la enfermedad compromete o matiza el cumplimiento de un destino—y de una conducta—humano, su ámbito es aquel del hombre como persona, es decir, como causa de sus actos. Esta doble condición del enfermar—suceso físico, aventura personal—, reconocida con progresiva lucidez por el médico actual, ha sido el «challenge» que quebró la validez trinitario de su formación—seguir unos de la respuesta científico-natural al mostrarnos su amputadora unilateralidad.

Porque el buen médico ha sido siempre personalista ante el enfermo, pero no ante la enfermedad. Una mentalidad naturalista no ha impedido que el médico ejerciese su oficio con ánimo y talante psicossomático, porque el médico auténtico ha sido siempre consciente de la provisionalidad de sus juicios científicos y les ha vedado asentarse en aquella área de la conciencia donde el saber se transforma en creencia, en norma de conducta.

El carácter impositivo que acompaña a todo saber científico ha sido casi siempre matizado por el médico con una fuerte dosis de ironía y escepticismo, nacidos del fracaso ante el enfermo concreto.

Pero ahora es la misma ciencia médica—es decir, el frío saber de causas

y mecanismos morbosos—la que se hace cargo de que el dilema psicossoma compromete no sólo la «Praxis», sino también el «Logos» de la medicina. La dualidad sustancial del hombre deviene así conocimiento científico necesario para entender la patología humana. La dificultad de lograr orientación en este terreno deriva de su carácter fronterizo. En medicina, como en tantas otras ciencias, ha sonado la hora de tirar las barreras que el predominio del análisis y la metodología ha levantado necesariamente. Pero no tenemos instrumentos ni estamos entrenados para captar lo que no puede «fijarse» en la platina del microscopio o en nuestras estructuras mentales, porque se expresa solamente en una conexión, en una relación funcional. Por eso es tan difícil orientarse en esta relación psicossomática, como lo es en todos los «Grenzgebiete», terrenos fronterizos abandonados a la disputa metodológica.

El psicoanálisis, la medicina psicossomática y el intento antropológico son las grandes exageraciones de una verdad que «está ahí», presentida por el médico, pero inaprensible a su ciencia, sufriendo la deformación de las aproximaciones intuitivas en espera de formulación racional objetivamente válida y utilizable.

Ahora bien, si el médico no es un puro científico, ¿cuál es, cuál puede ser, cuál debe ser la formación profesional y el «papel» social de quien se mueve en categorías tan distantes

como son las que rigen en la ciencia natural o en el dominio de la persona?

(Esencia, posibilidad y ética de la medicina. Tema excesivo para estas líneas y para quien las firma, bien lo sé yo, pero no por ello eludible totalmente, aunque si lo sea la respuesta personal.)

La respuesta histórica a este interrogatorio ha sido la medicina concebida y ejercida como «profesión liberal».

¿Qué quiere decir que la medicina se constituya como profesión liberal? En primer término supone que el médico—como el jurista o el filósofo—aprende su ciencia en la Universidad. No en una escuela especial—donde se enseñan las técnicas—, ni en el marco donde la Administración prepara o tamiza sus funcionarios. Si esto no es un anacronismo (1), significa que por su formación el médico nace ligado a una doble fidelidad. De un lado, fidelidad a su ciencia; y espíritu científico es una forma de ser y de actuar incompatible con el capricho intuitivo o la rutina técnica. De otro lado, la Uni-

versidad; y espíritu universitario quiere decir apertura a la cultura y al hacer en libertad: normas y límites propios frente a «slogans» y mediaciones extrañas.

#### 1) FORMACIÓN CIENTÍFICA

La medicina es un arte basado en una ciencia y que se alcanza a través de un «oficio». Sin base científica, el arte se queda en artificio intuitivo y el oficio en rutina de artesano. La ciencia es quien «mueve» la medicina y la hace eficaz. Es también quien la hace peligrosa e inhumana cuando, ante su poder, dimiten el arte o el buen oficio del médico. Pero no es la medicina como la hipotenusa, no es el triángulo, aunque sólo sobre ella puedan levantarse y encontrarse los catetos. La medicina—como el triángulo—es «otra cosa» distinta a la suma de sus ingredientes.

La ciencia no es para el médico una profesión excluyente, como lo es para el investigador «puro», sino una manera de ver y de actuar; un modo intelectual de encarar y ordenar la realidad. Espíritu científico significa para el médico planteamiento de la génesis causal y formal de la enfermedad y conducirse en consecuencia. Esto quiere decir «mentalidad fisiopatológica», elaboración mental frente a clínica intuitiva.

El oficio—la experiencia clínica—permite al médico reconocer y nombrar a la enfermedad a través de un

(1) Lo es para quienes, como Ortega, aconsejan separar de la Universidad las profesiones en aras de una economía del saber: la Universidad debe enseñar cultura solamente. Lo es también—aunque de distinto signo—para algunos de los que dirigen la socialización de la medicina. En aras de un futuro cuya clave sólo ellos creen poseer, piden una «capacitación» extrauniversitaria del médico como instrumento idóneo para la planificación, pues el núcleo universitario es lo más difícil de rendir en el médico.

complejo sintomático más o menos confuso. Como ante un retrato que el tiempo ha desleído hasta un rasgo característico para evocarnos el personaje conocido, el clínico diagnostica asociando algún síntoma característico—el tan querido signo «patognomónico» de los clínicos—a la totalidad nosológica, casi nunca «bien representada» en el caso individual. El «ojo clínico» es el fundamento de esta forma brillante de diagnóstico, donde juega papel preponderante la intuición personal (2) y, naturalmente, la familiaridad que el médico tenga con lo retratado, es decir, su experiencia clínica. Con idéntica empiria el clínico asocia el cuadro a una causa exógena—bacilo, traumatismo, déficit dietético—y le aplica aquellos productos del arsenal terapéutico que su experiencia personal o la de sus predecesores han señalado como convenientes.

Este es el esquema de la «clínica pura». Experiencia e intuición—arte y oficio—son las coordenadas en las que el clínico se mueve. Por ningún lado aparece lo que verdaderamente «pasa» en el enfermo, ni la conexión de sentido que liga los términos causa-síntoma-tratamiento. La ciencia es quien mete la tercera coordenada en la medicina, dándole así la «profundidad».

La fidelidad a la ciencia y a su espíritu obliga al médico no sólo a reconocer enfermedades, sino a entender

su mecanismo de producción y manifestación; a ser «patólogo». La patología exige dar razón de la enfermedad. Lo que constituye al médico es el curar, pero sólo cuando la curación es entendida desde un saber peculiar; así no son faena propiamente médica la curación milagrosa ni la que logra la empiria del curandero, siéndolo, sin embargo, la asistencia al incurable o la prevención de la enfermedad nonnata todavía (3). El médico es «doctor»—sabedor—tanto como sanador.

La enfermedad no es algo exterior que «aparece» gratuitamente en quien la sufre, sino que es, antes que otra cosa, una reacción, algo que el organismo «hace» ante una causa externa o no (4). Conocer la causa exterior y el momento final, los síntomas, no es conocer la enfermedad. El médico se enfrenta con un largo «proceso» que va desde la normalidad—fisiología—hasta la perturbación—nosología—. Para conocerlo ha de rastrear «la trayectoria orgánica de la causa» (BALCELLS). Este itinerario exige explorar la normalidad o la perturbación en muy distintos planos. Detrás de los síntomas—disnea, taquicardia, parálisis, etc.—hay siempre una función alterada cuantitativamente, o cualitativamente pervertida. La valoración de esta disfunción—diagnóstico fisispa-

(3) Véase PEDRO LAÍN ENTRALGO: «Estudios de Historia de la Medicina».

(4) Mientras que en el castellano el enfermo «padece» la enfermedad, para el francés, le malade «fait» la maladie.

(2) Véase Prof. BALCELLS GORINA: «Teoría del diagnóstico». *Farmaes*, 26, 1959.

tológico—sólo es posible desde el conocimiento de la función normal. Por ello el médico actual posee y ejerce su ciencia con talante progresivamente fisiológico e incluso muchos de sus instrumentos de exploración han sido antes aparatos de investigación fisiológica.

Pero una función alterada es expresión de un cambio estructural: de una «lesión». Localizada o sistemática, anatómica o bioquímica, el encuentro de la alteración estructural—diagnóstico lesional—sigue siendo la clave del misterio nosológico. Todo lo demás vale en cuanto «pistas», caminos que a ella conducen. Y todavía tiene el médico que explicarse cómo esta lesión se ha producido—diagnóstico patogénico—y quién la ha producido—diagnóstico etiológico.

Ciertamente no siempre el curso de la enfermedad puede ser seguido en todos sus momentos. La ciencia del médico es insuficiente e incompleta, pero es ella solamente la que le enseña dónde empieza lo desconocido. Al mismo tiempo que le ofrece un repertorio de soluciones, le plantea un haz de problemas nuevos. Ella es la que mete la curiosidad en la profesión. Por ello, frente al talante satisfecho del clínico, el patólogo—el «internista»—nos parece siempre un hombre preocupado y... un poco triste.

La respuesta del médico ante la exigencia de entender científicamente la medicina ha cuajado en lo que puede llamarse «mentalidad fisiopatológi-

ca»: viraje de lo descriptivo hacia lo explicativo, ver como «proceso» lo que antes se veía como «cuadro». La hegemonía—al menos estimativa—del patólogo sobre el clínico, del fisiólogo sobre el anatómico, es expresión particular de una de las características de la modernidad: la captación del carácter dinámico de la realidad. En el pleito entre forma y función, materia y energía, esencia y existencia, naturaleza e historia, el hombre moderno intenta la «concordia oppositorum», pero en cada uno de esos dilemas, el segundo término se le aparece como el más propio de su tiempo, lo que lo hace, si no más importante, sí más «interesante».

## 2) LA FILIACIÓN UNIVERSITARIA

La esencia y el deber ser de lo universitario ha sido filón de rica veta en las últimas décadas para ensayistas y literatos. Pero no ha de ocuparnos ahora lo que la Universidad sea, sino de una de sus exigencias: la formación cultural. Constatemos dos hechos empíricos. La Universidad ha sido, históricamente, el hogar de la cultura. El médico es un hombre tradicionalmente preocupado por los saberes últimos: tanto su «humanismo» como su condición de «diletante» habitual de empresa intelectual de cualquier índole son conocidos motivos de extrañeza para quienes piensan en el carácter científico-natural de su ciencia. ¿Es todo esto un simple adorno? ¿Un

bello anacronismo sin sentido? Creemos que no.

«Quien sólo sabe medicina, ni medicina sabe», es la frase de un médico, cargada de sentido. Quien ejerce una profesión liberal vive en el mundo y es, a la vez, influyente e influido en relación. Contrariamente, quien investiga un problema concreto, quien repite una técnica, quien tramita un expediente, puede vivir «fuera del mundo», «enfrascado» en una actividad que se valora hipertróficamente. Esta hipertrofia, que en el investigador o el técnico o el burócrata es tolerable e incluso provechosa, en el médico es nefasta. Es su formación cultural la que le hace saber colocar su saber en el saber general y entender su puesto entre los hombres. Ella es también la que le ayuda a comprender la complejidad de las motivaciones y conductas humanas. Por ello el médico no deberá ser totalmente ajeno a las grandes síntesis culturales: la imagen física del mundo; los problemas fundamentales del ser vivo y su contorno; el proceso histórico de la vida humana; el funcionamiento de la vida social; el plano de los problemas fundamentales del Universo.

Ciertamente se advertirá que el programa coincide con el que ORTEGA propugnaba para su utópica Facultad de la Cultura.

Pero el médico no podrá—sin decursos especiales. No se ha de ver en la cultura una especialización sobreañadida, sino un apetito que pide ser

colmado. El contacto con esos saberes culturales será siempre insuficiente. No será una posesión que satisfice, sino una tendencia que impulsa. Nunca será la síntesis lograda definitivamente, y por eso la Universidad no puede enseñarla; sólo podrá realizarse en la unidad de una vida personal. No es un fracaso de la Universidad esta limitación. A la Universidad real, no utópica, hay que pedirle que ofrezca la ocasión y los materiales para que por la decisión de los hombres la síntesis pueda producirse (LÓPEZ IBOR).

Hemos visto cómo ante el reto que supone el reconocimiento del carácter bifronte de la enfermedad—suceso físico, aventura personal—el médico no ha logrado en su respuesta una síntesis objetiva, cosa que quizá nunca se logre, pero ha profundizado los polos de la cuestión. Su formación y sus métodos se han ido haciendo más científicos, más exactos, al mismo tiempo que se reafirmaba en el humanismo, que lo libera de la tecnificación y es apertura para y hacia el trato personal. Valga como ejemplo un hecho: la bioquímica y la psicología se han constituido casi al mismo tiempo como estudio obligado en las Facultades de Medicina. Este proceso de exactización y de interiorización de la medicina no sucede sin contradicción interna, es cierto, pero esta tensión se ha mostrado fecunda en la práctica.

La polaridad Ciencia de la Naturaleza-Ciencia del Espíritu sólo puede resolverla el médico existencialmente

en el trato con el hombre enfermo. No es en el *ser-así* de la medicina, sino en el *ser-ahí* del médico, donde la tensión se resuelve. La dialéctica se resuelve en la acción. Y la actuación del médico se ha producido en la modernidad, en el condicionamiento social de una profesión liberal. La eficacia histórica de la respuesta es indudable: el apogeo de la medicina como ciencia y del médico como persona se han producido bajo el signo y el momento de la profesión liberal.

#### EL RETO ACTUAL: *La Medicina Social*

El progreso de la medicina ha complicado y encarecido el acto médico.

El dominio de las técnicas exploratorias y terapéuticas excede las capacidades del médico «general», e incluso dentro de las especialidades clásicas el médico tiene que dedicar su vida a una sola técnica: piénsese, como ejemplo, en la electroencefalografía, en el cateterismo intracardíaco, en los isótopos radiactivos... El enfermo es compartimentado, reducido a datos, cuya conexión, a veces, no se logra por faltar una perspectiva común. La decisión médica pertenece a un «equipo». La vertiente económica de este proceso es alarmante. El coste de los instrumentos de diagnóstico y tratamiento aumenta paralelamente a su perfección técnica. Las instalaciones exigen una inversión económica que el médico

muchas veces no puede afrontar por sí mismo y que, en todo caso, encarece extraordinariamente su uso.

El ejercicio de la medicina queda así fuera de las posibilidades del médico y del enfermo «individuales». Veamos dos ejemplos cotidianos: un 60 por 100 de la población española no puede afrontar por sí mismo los gastos que ocasiona una lobectomía pulmonar, una intervención intracardíaca o una cobaltoterapia repetida. El coste de un tratamiento semanal con corticoesteroides, anticoagulantes o antibióticos de amplio espectro—lo que es hoy rutina diaria—excede el salario mensual de un obrero industrial.

La medicina llega a ser así zona prohibida para un gran sector de la población. Un principio de la solidaridad cristiana exige responder al nuevo reto. Del perfeccionamiento de la medicina no puede seguirse su limitación a los económicamente poderosos. La solución escapa a las posibilidades individuales del médico y del enfermo: ha de ser, pues, extrapersonal.

Solidaridad quiere decir, ontológicamente, vinculación recíproca. Éticamente significa responsabilidad recíproca, responder unos por otros. La respuesta es traspasada del individuo a la sociedad, entendiéndose por tal toda agrupación social, desde la familia hasta el Estado.

La institución social consigue la cobertura del riesgo económico que la enfermedad representa, dispersándolo en una totalidad: los pudientes cotizan



por los económicamente débiles, los que gozan salud por los que enferman. La conveniencia de tal cobertura hace que la afiliación a estas instituciones nazca, alguna vez, de la voluntad individual, pero casi siempre es una coacción legal la que la impone con carácter general. Prevenir los gastos por enfermedad es así una obligación que el Estado impone, y el ser asistido, un derecho que se detenta en virtud de póliza contratada por una entidad aseguradora, de cuya administración, médico y enfermo pasan a depender económicamente.

Todo esto es correcto y socialmente deseable. La coacción de la ley debe establecer y regular el carácter solidario de esta ayuda y determinar la contribución económica de la colectividad necesaria para cubrir el riesgo. Amplios sectores de la población ya se han habituado a renunciar a la libre disponibilidad de parte de sus ingresos a cambio de asegurarse ayuda económica en caso de vejez, invalidez, incendio, accidente automovilístico o «crack» económico. La seguridad social es para el hombre de 1961 un «hábito» tan natural como conducirse sobre ruedas o alumbrarse eléctricamente.

«... Entidad aseguradora de cuya administración médico y enfermo pasan a depender económicamente»; esto no acontece sin riesgo: el poder económico—en sí mismo expansivo—conduce siempre a dependencias de otra índole. Quienes han nacido legítimamente para financiar y adminis-

trar el riesgo económico que la enfermedad trae consigo, se encuentran que la medicina está basada en principios extra o antieconómicos. Es muy difícil que una entidad mercantil o administrativa valore o respete esos principios. Entonces la medicina tiende a ser planificada y organizada desde principios que no son los suyos propios, originados en la exigencia interna que encierra el acto médico, sino por normas que nacen de las implicaciones económicas y administrativas que acarrea ese mismo acto cuando es ejecutado dentro de un plan. Es decir, principios ajenos totalmente al espíritu de la medicina.

¿Cuál ha sido la actitud del médico ante esta situación? En términos generales su postura puede calificarse de negativa. Predominó, sobre todo, la inhibición, el «laissez faire» (5). El

(5) El conocido individualismo de los médicos españoles contribuyó también a que su voz no fuese escuchada al minar la consistencia de sus constituciones profesionales. En U. S. A. la Asociación Médica Americana (AMA), en Gran Bretaña la British Medical Association (B.M.A.), en Francia el Sindicato Nacional de Médicos fueron siempre una contrapartida importante en el coloquio con el Estado o las entidades mercantiles. Pero en opinión de Lozano Borroy: «Los médicos españoles no han conseguido nunca una acción conjunta como las de A.M.A. o la B.M.A., ni ponderada como las del Sindicato Nacional de Médicos de Francia. El único organismo capacitado para asumir la representación de la clase médica cuando se implantó el Seguro de Enfermedad era el Consejo de Colegios Médicos y éste enmudeció en este «trivial» asunto como si no nos incumbiera... «Gracias a su actuación (la del

gran éxito de la medicina como profesión liberal hizo creer al médico que la medicina hecha por cuenta ajena fracasaría sin remedio. La falta de iniciativa de sus instituciones dejó el campo libre a las entidades mercantiles y al Estado.

Los resultados están a la vista: la iniciativa, la organización y el control de la medicina colectiva han pasado a instituciones ajenas totalmente al espíritu de la medicina. En el caso español, entidades mercantiles dominan el campo del seguro mal llamado libre, mientras una institución administrativa estatal monopoliza el Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Estas instituciones son las que han hecho posible la medicina colectiva, y ése es su gran mérito; pero son también las que la han hecho—no podía ser de otro modo—esencialmente imperfecta. Porque la medicina se desvirtúa cuando es planeada como un negocio o como un acto de la Administración.

Al Estado—como la más alta institución social imaginable—incumbe garantizar la seguridad de una asistencia cuya complejidad económico-administrativa escapa a las posibilidades del

cuerpo médico) el Seguro Español no ha padecido las vicisitudes y peligros que azotaron a esta institución en otros países», son palabras de S. Criado del Rey pronunciadas en funciones de Director de la Caja Nacional del S.O.E. Contra lo que se dice habitualmente no ha sido la «resistencia» la actitud inicial de los médicos ante el Seguro de Enfermedad.

individuo, familia, empresa o asociación profesional. Pero ello no quiere decir que deba «inventar» e imponer un modo de hacer la medicina ni que tenga que convertirse en el «patrón» de los médicos. En nuestro país, para socializar la medicina, el Estado no se ha valido de un Ministerio de la Salud Pública, ni de su Dirección General de Sanidad, ni de las instituciones sanitarias que sus diversos Ministerios sostienen, ni de las asociaciones profesionales de los médicos, sino de una institución de derecho administrativo, el I. N. P., encargada fundamentalmente de prestaciones económicas. Así, la deseada socialización de la medicina ha ido acompañada de su estatificación y burocratización. En las páginas siguientes veremos algunas de las consecuencias que en el hacer y en el vivir del médico ha tenido la elección de esta vía.

#### 1) EL MÉDICO COMO FUNCIONARIO

Cuando el estado, incumpliendo el principio de subsidiaridad (6), planifica la medicina hasta su mínimo detalle, el médico cambia de papel: deja de ser el inventor y el pivote de sus actos para ser el ejecutor de unas normas uniformes que el plan define y cuyo

(6) Subsidiaridad quiere decir delegación de poderes y responsabilidades; las agrupaciones sociales superiores no deben apropiarse cometidos que pueden ser legítimamente asumidos por entidades menores. Véase sobre este tema «Los seguros sociales», Madrid, 1955, pág. 46.

cumplimiento garantiza una inspección. Se le hace patente así su papel de «pieza», su carácter meramente instrumental en una *obra que lo desborda*. El servicio al prójimo y a la comunidad se cumple indirectamente sirviendo a un plan. Si la planificación es total, «la forma de vida» del médico coincide con la del funcionario, designando así a aquel cuya acción se desarrolla dentro de un plan al cual no «informa». El plan—elaborado por los expertos—es anterior y ajeno a sus servidores; es también su juez: el hacer del funcionario es bueno o malo en la medida en que es útil o no al plan.

Este condicionamiento del hacer del médico a un plan en cuya elaboración no ha tomado parte, produce una serie de fenómenos y conflictos que lastran invariablemente una medicina que es concebida «more administrativa».

## 2) BUROCRATIZACIÓN DEL ACTO MÉDICO

Un principio económico elemental aconseja que el funcionario sea retribuido con un sueldo fijo y no por cada uno de los actos realizados. En consecuencia, el médico es retribuido con un salario mensual fijo. Con salario y horarios prefijados, un médico será tanto más rentable para el Seguro cuanto mayor sea el número de enfermos despachados en la unidad de tiempo, puesto que, de un lado, se necesitarán menos médicos, y de otro, las instalaciones, cuyo elevado coste exige el pleno empleo, serán utilizadas por

el mayor número posible de enfermos. Quiere todo esto decir que por un lógico imperativo económico la consulta en el Seguro tiende a ser numerosa y rápida.

A la Administración le interesan, sobre todo, hombres concisos y rápidos. En la medicina administrativa sucede lo mismo.

Pero en el ejercicio de la medicina auténtica la rapidez es una virtud de segundo orden, constituyendo su predominio un evidente peligro para la corrección del acto médico, principalmente en su momento exploratorio y diagnóstico. Esta exigencia de concisión y rapidez introduce en el gabinete del médico—que ya no es el suyo—módulos de convivencia propios del «bureau» administrativo. Los dos grandes inventos de la máquina administrativa son la ventanilla y el formulario impreso. La primera evita la relación personal—la posible simpatía—y el segundo la divagación. Gracias a ellos la convivencia es rápida, anónima y concreta. El trato es trámite.

Pero la medicina no puede ejercerse «contra reloj». El médico ha de «gastar» tiempo con sus enfermos, y ha de hacerlo, además, con el talante de quien ejerce un lujo, de quien usa algo que no tiene tasado.

Tres momentos del acto médico se resienten principalmente cuando es ejercido bajo una coacción temporal. En primer término, la «anamnesis». En ella el paciente ha de exteriorizar

su intimidad personal. El médico que mejor interroga no es quien formula preguntas más directas, sino el que hace y deja hablar a sus enfermos. Es en el relato biográfico—reconstruido casi siempre penosamente y tras largos rodeos—donde el médico se encuentra con la persona del enfermo y su inserción en su perimundo habitual, poblado tantas veces de múltiples «concausas» nosológicas. Es la historia clínica, además, la que permite valorar el «proceso» de la enfermedad (7).

En segundo lugar, *la prisa* dificulta la aclaración patogenética del cuadro clínico, es decir, la elaboración mental—a veces laboriosísima—que permite conocer lo que hay «detrás» de los síntomas, saber lo que verdaderamente acontece en el organismo enfermo.

Además, el apremio en «pasar al siguiente» dificulta eso que en otra ocasión he llamado «la medicina del séptimo día»: la contemplación y la complacencia del médico ante la obra bien hecha...; y precisamente los fallos comúnmente reconocidos en medicina del Seguro son explicables desde lo que acabamos de exponer: desestimación del carácter biográfico de la en-

(7) Rof ha escrito: «Los aparatos de la moderna técnica son maravillosos, pero infinitamente más maravilloso es el hombre que tenemos todos los días delante: el enfermo. Infinitamente más maravilloso es también el instrumento que nos hace hombres: la palabra. Un día se clasificará a los médicos en buenos o malos según sepan o no «hablar» con el enfermo.»

fermedad y ausencia de relación personal médico-enfermo; imprecisión patogenética; incomodidad del médico con lo que hace (8).

El acto médico queda entonces sostenido por dos hechos principales: los síntomas y el tratamiento. La medicina del Seguro deviene así sintomática y polifarmacéutica. Se produce un cortocircuito síntoma-medicamento que excluye las consideraciones personales, las dificultades exploratorias y las aclaraciones patogenéticas. Esto coincide muchas veces con los deseos del enfermo, pues son sus síntomas los que le preocupan y, víctima de una propaganda comercial inteligente de las firmas farmacéuticas, cree mucho más en la eficacia de las drogas que en el rigor exploratorio de los médicos. La consecuencia es que el enfermo pide medicamentos para sus síntomas y el médico se los receta, porque sólo tras una exploración minuciosa obtendría autoridad para negárselos. Así, la farmacia ha venido a ser el problema económico fundamental del Seguro Obligatorio de Enfermedad (9).

(8) Creer que el «disgusto» del médico se debe solamente a la escasa retribución económica de su trabajo es una simplificación errónea de la cuestión. El escándalo radica precisamente en lo contrario: con sueldos muy inferiores a los que el Seguro otorga, muchas instituciones—Cátedras Universitarias, Beneficencias, Hospitales militares—han conseguido una identificación y complacencia del médico con su tarea que aquél no ha conseguido.

(9) En 1956, los gastos de farmacia en el S. O. E. ascendieron a tres millones de pesetas diarios. El número de los labora-

Esta preponderancia del momento terapéutico sobre los demás momentos del acto médico explica que sea la medicina interna la más difícilmente ejercida en el Seguro. El «internista» es el médico más necesitado de tiempo, meditación y precisión patogénica, quedándose sin esto en «externista», en detector de síntomas. Explica esto también que la cirugía—donde resalta sobre todo la contundencia terapéutica—sea el éxito principal del Seguro de Enfermedad. Vale esto especialmente en la cirugía clásica, empírica y exerética, donde lo que se busca es la extirpación del órgano enfermo. Conocida es la facilidad con la que el enfermo asegurado se aviene a extirpar sus amígdalas, su estómago o su vesícula biliar. No sucede lo mismo en la cirugía funcional, en la que se busca no extirpar el órgano, sino rehabilitar una de sus funciones alteradas. Aquí el acto quirúrgico supone la minuciosa valoración de un estado funcional y de las posibilidades vicariantes de funciones supletorias. La cirugía, con progresión ininterrumpida, se va haciendo menos extirpadora, para ser más fisiológica y reconstructora. De «una operación de policía», el acto quirúrgico va transformándose en un «intento reeducacional» (LAFN). La cirugía se fundamenta así en el conocimiento de la función normal: sin dejar de ser una técnica, se hace cada

torios farmacéuticos asciende en España a 1 800, cifra excesiva a lo que correspondería por su población.

vez más una ciencia. Su cultivo necesita por ello un tiempo, un talante y un clima bien distintos a los de la urgencia o la amputación clásicas.

### 3) LA LIBERTAD EN LA ELECCIÓN DEL MÉDICO

El primer principio de la «carta médica» propugna la libertad del enfermo para elegir «su» médico. En la medicina organizada por entidades no médicas esta exigencia no suele cumplirse. Se adjudica a cada médico un cupo fijo de familias, con lo que se logra una uniformidad absoluta en el trabajo y remuneración de todos los facultativos. Esta resistencia del asegurador ante la libre elección reconoce una múltiple motivación. En primer lugar se la considera perturbadora para el control de la asistencia y el uso de las instalaciones. El cupo uniforme permite controlar la actuación del médico mediante patrones «standard»: puede predecirse estadísticamente el número de bajas, invalideces u hospitalizaciones que le corresponden, el gasto que ocasionarán sus recetas, las exploraciones complementarias y los análisis que necesitará, incluso el inevitable coeficiente de descontentos. La desviación de la norma estadística es así fácilmente detectable y la «llamada al orden» facilitada. Por todo esto, aun considerándose «natural» la libertad del enfermo para elegir su médico, es desechada, por suponer una complicación en la buena marcha de la máquina aseguradora.

El hecho encierra, además, matices de otra índole: en él se expresa ese «miedo a la libertad» que ENRICH FROM ha analizado recientemente (10) (11). La «compulsory uniformity» —la uniformidad obsesiva— es una idea-fuerza y no sólo una consecuencia de la socialización. En segundo lugar, la libre elección es desechada por un juicio de valor: la Administración elige mejor que el individuo. Dado que el enfermo o su familia son incapaces de elegir convenientemente, la Administración debe hacerlo por él. El «maternalismo» que tal juicio encierra es bien notorio (12).

(10) ERICH FROM: «The Fear of Freedom». Hay traducción española: Paidós. Buenos Aires, 1959.

(11) Sobre la «actitud» del Seguro sobre la libre elección dan expresivo testimonio estas palabras del jefe de la Inspección de Servicios Sanitarios del I. N. de Previsión: «Hagamos imposible la llegada de uno de los males que tanto nos atemoriza: el de la libre elección absoluta del médico entre todos los que tienen capacidad legal para el ejercicio de la profesión» (discurso pronunciado el 4-XII-1958). No se expresa aquí tanto un juicio como un temor.

(12) Ciertamente es el bien común el móvil que persigue y legitima la acción socializante del Estado, pero, con frecuencia, se le sobreañaden impulsos de otro orden. Tal es el deseo de aumentar la esfera del poder o, en nuestro caso, un curioso maternalismo. Estados que no han nacionalizado la Banca, ni los instrumentos de crédito o de producción, ni las primeras materias, ni los servicios públicos más importantes, no han dudado en hacerlo, sin embargo, con la medicina. Este gran esfuerzo asistencial no ha sido acompañado de otro idéntico en mejorar la investigación médica el estado sanitario de la población o la formación de los médicos. El Welfare-

«Una asistencia ordenada por criterios objetivos es cualitativamente más perfecta y adecuada que cuando se declina en criterios subjetivos libres. Según esto, un régimen de seguridad social no debería reconocer el derecho de la libre elección. Y no por las dificultades que su inserción y reconocimiento llevarían consigo en el funcionamiento constitucional, sino precisamente por la conclusión crítica de su inconveniencia radical» (ALBERTI LÓPEZ: *El Seguro de Enfermedad en el momento actual*, pág. 130). Según esto, la medicina socializada no sólo es «distinta», sino «mejor» que la medicina libremente concertada.

Un tercer motivo para rechazar la libre elección reside en que el médico libremente escogido por «sus» pacientes poseería un poder moral y una independencia ante los estamentos administrativos que no pueden darse en aquel cuyos enfermos le son otorgados por un acto de la propia Administración. En consecuencia, resultaría un instrumento menos dócil y manejable frente a las exigencias nacidas «fuera» de lo que lo potencia verdaderamente, es decir, «desde fuera de la medicina» (13).

State, Versorgungsstaat o estado «madrecita» parece preocuparse más del «cuidado» que de la «salud» de sus miembros.

(13) Esto ocurre inevitablemente. Como testimonio copiamos de un documento elevado por los médicos del S. O. E. de La Coruña al Consejo General de Colegios Médicos (6 junio 1950): «... se nos dijo lo que ya sabemos hasta la saciedad, que se gasta

¿Es la libre elección absolutamente necesaria para la esencia de la medicina? En contra del primer principio de la carta médica, creemos que no. Lo necesario es la confianza del enfermo en su médico. Pero la confianza nace del prestigio profesional que el médico tiene ante los ojos del enfermo y no solamente del hecho de poder ser elegido.

Cuando el enfermo elige un médico entre todos los demás, el prestigio y la confianza es el supuesto previo del encuentro. Cuando lo hace obligado, el médico tiene que empezar tanteando hasta qué punto esta base existe. Si la desconfianza se hace patente, entonces la medicina se hace imposible; el enfermo resulta impenetrable y el médico no tiene autoridad. La relación médico-enfermo es una relación jerárquica; sin autoridad, el médico está «desarmado» ante el enfermo.

El problema es una cuestión de prestigio. La libre elección entre profesionales desprestigiados no aumenta-

ría la confianza en quien elige del enfermo. No es, por tanto, una condición «sine qua non» para el ejercicio de una medicina auténtica.

En realidad se ha hecho medicina sin libre elección—y a veces de la mejor calidad—mucho antes del advenimiento del Seguro. En las Cátedras Universitarias, en los Hospitales Militares, en algunas beneficencias, el enfermo no elegía el titular y, sin embargo, confiaba en él.

El prestigio puede pertenecer incluso a una institución médica extrapersonal; el enfermo que acude a Valdecilla, en Santander; a la clínica del Centro Gallego, en Buenos Aires, o a la clínica de la Concepción, en Madrid, no necesita conocer y elegir a su médico para confiar en él, como el viajero de la «Iberia» o de la «TWA» no pregunta quién es el piloto, aunque de su pericia dependa su vida.

Pero esta confianza extrapersonal no debe de engañarnos: el prestigio de estas instituciones deriva del prestigio profesional de quienes las sirven. Se ha conseguido mucho más por una cuidadosa selección de los profesionales a su servicio que por una inspección meticulosa de sus actos. Una misión que exige inventiva sólo se cumple cuando a la preparación necesaria se añade responsabilidad y la identificación de la persona en lo que hace. En la medicina personal, el médico es el inventor y el responsable: director de una clínica, jefe de un servicio. En el acto médico pertenecen a

---

mucho en farmacia, culpándose de este gasto a los médicos... Se nos volvió a hablar de médicos antieconómicos, calificando así, automáticamente, desde la mesa de un despacho, al que sobrepase de una cifra determinada, sin inspeccionar si lo recetado en cada caso fue o no superfluo. Oímos la palabra vetar y por primera vez la de «secar». Esta última, incomprensible como sanción, nos fue explicada: consiste en, sin dar noticia al médico ni hacerle cargo alguno, ir mermando su cupo hasta reducirlo a la nada...». Todo esto es, a nuestro juicio, muy grave, ya que deja al médico indefenso ante el capricho o el error de una inspección hecha detrás de una mesa y no al lado del enfermo, que es como se debe inspeccionar si un médico ha recetado superfluamente.»

quien lo ejerce—como al piloto en vuelo—toda la iniciativa y el poder, y sólo por eso es responsable.

Exactamente lo contrario es lo que ha sucedido en la medicina planificada administrativamente, donde el sistema de selección está poblado de privilegios extracientíficos (residencia, años de servicio, antigüedad en los escalafones) y donde una inspección—benemérita en muchos aspectos—tiene sobre sí toda la labor organizadora y de iniciativa. Quizá en la burocracia administrativa la función pueda desligarse en mayor grado de la persona que la realiza y ser así más importante inspeccionar lo que se hace que elegir y responsabilizar a quien lo hace.

No es la libre elección del médico la condición necesaria para que exista una medicina auténtica, sino que ésta sea ejercida «libremente», es decir, sin otros condicionamientos que los que surgen de sí misma.

#### 4) EL PODER SOBREAÑADIDO; SU CONSECUENCIA INHIBIDORA

En la medicina socializada, el médico, al mismo tiempo que es disminuido en sus prerrogativas propiamente médicas, se encuentra con un poder que nunca había poseído: la concesión de prestaciones económicas. El médico concede altas y bajas para el trabajo, y de él dependen prestaciones por incapacidad o por invalidez.

Este poder extramédico puede dificultar seriamente el logro de la relación personal médico-enfermo. Cuando

éste intenta conseguir una «renta» o sufrir una intervención quirúrgica innecesaria—trance no infrecuente en el cual el asegurado busca una compensación al trauma psicológico-económico que le ocasiona una cotización a la cual no le ve rendimiento—, la negativa del médico patentiza una divergencia de intereses. Este poder económico del médico crea ese tipo de relación que ERICH FROMM ha calificado como «inhibitoria» y de la cual es expresión superlativa la relación amo-esclavo; es decir, la situación en la cual los intereses de los dos términos de la relación no solamente no coinciden, sino que se contraponen (14). Al negar una baja o un medicamento innecesario, el enfermo ve en el médico no un defensor de su salud, sino de los intereses económicos del Seguro que le paga. Pero el poder natural del médico deriva precisamente de darse en una relación de fines coincidentes y transferibles: la curación de la enfermedad. En realidad, la relación «racional» —coincidencia de fines—tipificada por FROMM en la ecuación maestro-discípulo, podría serlo con mayor precisión en el «Compagnonage» médico-enfermo.

La referencia médico-enfermo es una relación jerárquica, pero en ella la «auctoritas» del médico debe basarse solamente en el sentimiento de acato que brota en el enfermo ante quién es más diestro que ningún otro en el ma-

(14) Véase GABRIEL ELORRIAGA: «Ensayo sobre la vocación política». Madrid, 1958, págs. 75 a 81.



nejo de su dolencia. Sólo el poder así nacido potencia verdaderamente al médico y vehicula la entrega personal del paciente. Todo poder sobreañadido será siempre barrera e inhibición. Aliación de un acto que es sustancialmente convergente (15).

#### 5) CIENCIA, DOCENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICINA

La medicina no es algo hecho de una vez y para siempre. Es, como el título de SIEBEK, *Medizin im Bewegung*, movimiento, cambio inacabable. La ciencia es—ya lo hemos visto—lo que «mueve» a la medicina. La que monta la guardia ante lo desconocido.

El médico no ejerce la medicina solamente, sino que la «hace». Ciertamente no es tarea para todos el desvelar lo oculto, el despejar la incógnita. Pero no por ello un plan total de medicina asistencial puede eludir la necesidad de la investigación médica. Cuando la población asegurada es sólo una mínima parte de la comunidad, puede el Seguro contentarse con «administrar» una medicina que otros «hacen», pero no cuando abarca la casi totalidad de la población enferma. En efecto, ¿dónde y por quiénes ha de hacerse la investigación fisiopatológica, el planteamiento de las nuevas

técnicas y métodos, la experimentación de los nuevos fármacos, si todo esto supone trabajar sobre el organismo enfermo, y los enfermos «pertenecen» al Seguro? Cuando el Seguro es total —y ése es su desiderátum desde una perspectiva económica—, no puede limitarse a una medicina asistencial, sino que se hace responsable de todos los problemas que la medicina encierra. Análoga consecuencia se produce en la enseñanza de la medicina. Si las Facultades Universitarias no son integradas en la Seguridad Social, si no se les asigna un fin asistencial, su desvalimiento actual aumentará, pues la medicina es cada vez más costosa y el poder económico pertenece al Seguro; en sus servicios escasearán sus enfermos, pues las Facultades Universitarias no pueden conceder las prestaciones laborales y económicas que el Seguro otorga (bajas, salarios, gratuidad de toda la medicación). Quedarán relegadas cada vez más a la predicación y a la certificación de la ciencia. Pero la enseñanza de la medicina no se da en las aulas, sino sobre los enfermos. De camas, que no de púlpitos, es de lo que anda nuestra Universidad necesitada. Necesidad que aumentará si los hospitales universitarios no son tenidos en cuenta al planificar la medicina.

#### TERTIUM QUID: *La medicina concertada*

No pueden estas líneas, nacidas de exteriorizar una experiencia, cerrarse con el análisis de una solución que no

(15) Severino Aznar ha escrito que «el valor social, el papel del médico en la sociedad, sube» al constituirlo la administración en «magistrado dispensador de derechos y tutor del cumplimiento de deberes». Pero lo contrario es lo que realmente sucede.

se ha dado todavía en escala conveniente. Pero la solución existe. No es la inexistencia del puerto lo que constituye a la peripecia, sino la incertidumbre y la dificultad de la arribada.

El ejercicio de la medicina debe de ir hacia una estructuración socialmente más valiosa y al mismo tiempo más conforme a la exigencia propiamente médica. Pero esto no será el producto de un decreto innovador, sino la consecuencia de una política médica atenta a la realidad. Porque, en el fondo, el dilema lo crean dos utopías: de un lado, la de los que creen que hacer el bien social es estatificar, y de otro, la de los que opinan que una medicina total y para todos es posible todavía abandonándola al juego de las posibilidades individuales del médico y del enfermo. Lo cierto es que las grandes clínicas, los equipos numerosos y los servicios montados y surgidos únicamente del impulso y la necesidad de hacer y crear la medicina—y por ello superadores de la fórmula individual—han demostrado ser instrumento tan —o más—idóneo para la socialización y la medicina colectiva como las instalaciones montadas especialmente por el Estado con finalidad asistencial. Favorecer la existencia, variedad y perfeccionamiento de esas instituciones propiamente médicas (16) debe ser el objetivo primero de una política médica. Sólo ellas serán el instrumento que

permita fórmulas de medicina colectiva no burocratizada. Sólo ellas permiten la unidad más fructífera del acto médico ejercido como ciencia, docencia y asistencia.

El dilema medicina-asistencial, medicina-autónoma se desenfoca cuando se traslada a la oposición gestión oficial-iniciativa privada. No debemos engañarnos con unos adjetivos cuya carga política y económica oculta la verdadera cuestión a resolver: medicina bien hecha, medicina mal hecha. Planificar la medicina es algo más que pronunciarse en el pleito planteado entre el poder del Estado y el bolsillo del médico. Es provocar las condiciones en las cuales la medicina puede ser ejercida y poseída, cumpliendo las exigencias que le imponen el nivel de su ciencia, el apremio de la coyuntura social y la intimidad de la persona humana. Una medicina planteada en su totalidad con mentalidad administrativa asistencial llevará siempre en el ala el plomo de la rutina y la frialdad, falta de acicate y de clima. Una medicina autónoma a la antigua usanza morirá insuficiente e inerme, pues el equipo y la fuerza social son ya las categorías necesarias para una medicina que intenta, más que aliviar el dolor, «construir la salud».

Recordemos en su originaria formulación unas cuantas palabras verdaderas: «Da Macht, Geld und Wissenschaft aber in einen Konnexstehen wie die drei Seiten eines Dreiecks, so kann niemand eine der drei Seiten zerschla-

(16) Esto vale tanto para las instituciones estatales como para las privadas.

gen ohne die beide zerschlagen.) No debemos escandalizarnos: son palabras de un gran médico humanista, VIKTOR VON WEIZÄC-KER, en *Diesseits und Jenseits der Medizin*. Puesto que fuerza, dinero y ciencia están conectados como los dos lados de un triángulo, nadie puede romper uno de ellos sin romper los otros dos.

El médico ha de convencerse: la pervivencia y el progreso de la medicina como ciencia—y sin ella será puro curanderismo—necesita de esos dos catetos, fuerza y dinero, que no son ella misma y que se mueven en círculos de legalidad muy distintos. Y al decir fuerza y dinero, el hombre de 1961 sabe que dice: Estado. Pero teme haber dicho: despojo.

---

Volvamos a la antigua metáfora del bergantín y el puerto. La medicina tie-

ne la proa incierta. La singladura sólo es posible por un concierto de fuerza y maestría: viento y timonel. Toda la fuerza de la coyuntura social no bastará para llevar la medicina a buen puerto si se niega el timón a quien la entiende. El Estado debe concertar su fuerza y su exigencia con quienes han de darle forma y cumplimiento. En esta medicina concertada, la legislación y la coacción estatal garantizarán su servicio al bien común, mientras la vocación del médico salvará los valores de la persona humana. Fórmula comunitaria y personalista frente a la consecuencia colectiva y burocrática.

La lucha del médico contra la burocracia no es un pleito de origen económico; en verdad, no lucha «por la vida», sino por un contenido existencial: ser libre para realizar unos valores que son los que colman el sentido de su existencia.

