COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE
CUENCA

"LA RELACIÓN MÉDICA EN LA SOCIEDAD ACTUAL"

Conferencia pronunciada con motivo de la imposición de la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad a D. Florentino Castro Alonso, en Mayo de 1963 1963

POR

el Académico y Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Madrid

Excmo. Sr. D. Pedro Laín Entralgo

Excmo. Sr. D. Pedro Laín Entralgo

Académico y Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Madrid

«La relación médica en la sociedad actual»

Conferencia pronunciada con motivo de la imposición de la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad a D. Florentino Castro Alonso en Mayo de 1963.

PUBLICACIONES DEL
COLEGIO OFICIAL DE
MEDICOS DE CUENCA

Depósito legal: CU - 55 - 1964
Núm. Registro: CU - 254 - 1964
Imprenta Falange — Cuenca.

La relación médica en la sociedad actual

La crisis de la relación médica en la sociedad actual debe ser entendida como la consecuencia histórica de una «rebelión del sujeto» contra la objetivación clínicamente abusiva y socialmente injusta a que le había sometido la asistencia médica vigente en los primeros lustros de nuestro siglo; lo cual nos llevó a distinguir en la realidad empírica de esa «rebelión» dos aspectos complementarios, uno estrictamente «clínico» y otro —en el habitual sentido de esta palabra— «social». Pues bien: para estudiar ahora los diversos modos sociales de la relación médica en el mundo actual, hemos de volver a esa «rebelión» de sujeto y examinar cómo han respondido a ella la medicina y la sociedad del siglo XX.

I. Estudiemos ante todo el **aspecto clínico** de la respuesta a tal «rebelión». Un importante y llamativo suceso, el auge constante del número de enfermos neuróticos desde los últimos lustros del siglo XIX, puso de manifiesto en el seno de los consultorios de Europa y América el malestar del enfermo frente a la sociedad en que vivía y respecto de la medicina con que se le atendía. El nacimiento del psicoanálisis no fué sólo un suceso estrictamente científico; fué también, en la total significación del término, un suceso histórico-social.

En efecto. ¿Contra qué se dirigía esa rebelión? A la postre, contra una vida social en buena parte desconocedora de lo que el hombre realmente es —con mayor precisión: de lo que aquellos hombres sentían y pensaban ser— y contra un modo de la asistencia médica excesivamente objetivador o «cosificador» del sujeto a quien se prestaba. La terapéutica al uso y la gran fe en las posibilidades de la «ciencia» —entiendo por tal la de cuño puramente científico-natural— no bastaban, juntas, para **tratar** de manera suficiente el nuevo modo de enfermar. De ahí la peculiar índole de la respuesta, en un orden puramente clínico. A través de muy distintas escuelas y posiciones doctrinales (hablen por sí solos los nombres de Freud, Adler, Jung, Stekel, Dubois, Schultz, etc.), el médico ha venido a prestar a la «persona» del enfermo una consideración mucho más atenta y deliberada, tanto según el sentido psicológico-individual del término «persona» como según el sentido psicológico-social de esta palabra. Puesto que la persona, según aquél, es una realidad inteligente, íntima, libre, creadora y apropiadora, el diagnóstico y el tratamiento, sin dejar de ser objetivos, se han hecho en nuestro siglo

mucho más «intimistas». Y puesto que la persona —la personalidad y el personaje— es, a la vez, la figura que reviste el individuo humano cuando como tal se constituye y actúa en la sociedad a que pertenece, el diagnóstico y el tratamiento han adquirido un resuelto cariz social. Se ha producido en nuestro siglo, por tanto, una «personalización intimista» y una «personalización social» de la relación médica.

Prescindamos ahora de los aspectos «intimistas» —confidenciales y coejecutivos.— del diagnóstico y el tratamiento. Dentro de un orden puramente clínico, todavía al margen por tanto, de lo que la sociedad en cuanto tal haya hecho, consideremos tan sólo los aspectos «sociales» de la relación entre el médico y el enfermo. A la vista de lo que hoy es la asistencia médica, ¿cómo desconocer que en ella se ha producido una **socialización desde dentro**, si se me permite decirlo así? Nacidos de exigencias estrictamente clínicas, la medicina actual muestra, entre otros, los siguientes rasgos:

1.º Una socialización del enfermo, tanto en orden al diagnóstico como en orden al tratamiento. No me refiero tan sólo a la consideración clínica de los aspectos sociales de la etiología y del cuadro sintomático. La concepción «social» del diagnóstico afecta hoy a la índole misma del juicio que lo expresa. Para algunos autores (Koch (19), Mainzer (20), Braun (21), Szasz (22), Lippross (23), el juicio diagnostico —más precisamente, la expresión del juicio diagnóstico— vendría a ser, en último término, una fórmula operacional, un recurso comunicativo variable en su forma, y en cada caso adaptado al fin social que ocasionalmente debe cumplir(ante el enfermo y su familia, ante el Estado, ante una organización o una empresa, etc.). Sin mengua de su referencia a un desorden «real» y «objetivo», la forma expresa del diagnóstico se halla siempre socialmente condicionada. Lo cual, como Jores (24), Langen (25) y Sigel (26), han puesto de relieve, se hace especialmente patente en la formulación y la comunicación del diagnóstico de las enfermedades neuróticas. No menos evidente viene siendo la socialización terapéutica del paciente: psicoterapia de grupo, rehabilitación colectiva; en suma, utilización de la condición social del hombre para tratar la enfermedad. Diríase que nues-

---

(19) R. Koch, **Die ärztiliche Diagnose.** (2.ª ed., Wiesbaden, 1920).
(20) F. Mainzar, **Ueber die logischen Principien der ärztlichen Diagnose** (Berlín, 1925).
(21) R. N. Braun, **Die gezielte Diagnostik in der Praxis** (Stuttgart, 1957).
(22) T. S. Szasz, «Malingering. Diagnosis or social condemnation?», **Arch. Neurol. and Psychiatr.**, 76 (1956), 432.
(23) O. Lippross, «Ein Scheinproblem», **Arzt in Westfalen**, 4 (1956), 19.
(24) A. Jores, «Die psychosomatische Betrachtumg des Herzkranken», **Münchomed. Wschr.**, 60 (1961).
(25) D. Langen, «Diagnostik aus dem sprachlichen Msdruck», **Dtsch.** med. Wschr., (1957) 1006.
(26) K. Sigel, «Eine Exploration mit ungezielten Testfrangen...», Med. Klin. (1957) 1368.

tro siglo ha descubierto la razón «técnica» de lo que en un orden puramente «espiritual» —a la postere, religioso— sucedía hace mil seiscientos años en la ciudad hospitalaria de Cesárea.

2.º Una socialización de los objetivos y los recursos del tratamiento. Al enfermo se le trata para que viva de nuevo y del mejor modo posible en la sociedad; tal es, como dije, el sentido último de la «rehabilitación». El médico no se conforma lanzando al ex-enfermo a la sociedad para que en ella se las componga como sepa y pueda, sino que le educa —o trata de educarle— para un óptimo cumplimiento de ese empeño. Ha cambiado, pues, el concepto del «alta»: ésta ha dejado de ser estrictamente individual y tiende a hacerse más y más social (27).

Nada más revelador, a este respecto, que un examen rápido de las últimas novedades en la estructura y en la concepción del hospital. En orden a la asistencia médica, el hospital comenzó siendo el conjunto arquitectónico y funcional de una enfermería y una farmacia; conjunto al cual sucesivamente se han ido añadiendo la sala de autopsias (siglos XVII y XVIII), el laboratorio químico (primera mitad del siglo XIX) y el laboratorio bacteriológico (segunda mitad del siglo XIX). Pues bien: en el siglo XX, el hospital se «socializa» en su estructura, se proyecta funcionalmente hacia la sociedad que le rodea (departamentos de asistencia social, visitadores sociales, etc.), y es, por otra parte, «sociológicamente» estudiado y concebido. Los recientes trabajos de Hall, Schelsky, Biörck, Mitscherlich, Rogde, Caudill y tantos más (28) hacen entender de un modo inédito la institución hospitalaria: esta es una colectividad **sui géneris**, que por sí misma, en virtud de su propia estructura sociológica, puede favorecer la curación del enfermo o entorpecerla. Como la persona del médico, el hospital es en sí mismo un «medicamento» de acción unas veces sanadora y otras nociva (29).

3.º Una socialización del médico en cuanto tal. La complejidad creciente de la medicina exige cada vez con más fuerza que ésta sea practicada «en

---

(27) El librito **Soziale Krankheit und soziale Gesundung**, de V. von Weizsäcker (1930), fué uno de los primeros signos de este cambio de actitud. Una excelente «puesta al día» de la relación que desde un punto de vista puramente clínico y sanitario existe entre medicina y sociedad puede leerse en J. Rof Carballo «Idea del hombre, medicina y sociedad», **Revista de la Universidad de Madrid**, X (1961), 155-206.

(28) O. Hall, «Sociological research in the field of medicine», **Am. Socio. Rev.** 16 (1951) 639; H. Schelsky, **loc. cit.**; G. Biörck, «Sjukhusets betydelse som centrum för social service-verksamhet», **Sv. Läkartidn.** 55 (1958), 1041; A. Mitscherlich. «Soziologischer Denken in der Medizin», «**Krankenhausarzt** 31 (1958), 286; J. J. Rohde, «Normund Orienterungsprobleme in Position und Rolle des Krankenhausarztes», **Angest. Arzt** 12 (1959), s61; W. Caudill, **The psychiatric Hospital as a small society** (Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass. 1959).

(29) ¿Cuánto tienen que progresar, en este sentido, nuestros hospitales? Un buen paso en este sentido ha sido, según mis noticias, el Hospital Provincial que recientemente ha sido construído en Oviedo.

equipo»; por tanto, colectivamente, socialmente. La relación médica debe comenzar y acabar siendo vinculación cuasi-diádica entre un hombre (el médico) y otro hombre (el enfermo): la fórmula de Jiménez Díaz me parece perfecta. Pero ello no debe ser óbice para que en esa relación se integren y articulen todos los miembros del equipo diagnóstico y terapéutico. ¿Cómo? ¿Qué puede suceder, qué debe suceder en la relación médico-enfermo como consecuencia de esta ineludible complicación de la asistencia clínica? He aquí un rico venero de problemas técnicos y prácticos para el médico que intelectual y técnicamente quiera vivir en nuestro siglo.

Pero la socialización de la medicina contemporánea, como respuesta a la tantas veces mencionada «rebelión del sujeto», no ha tenido solamente un aspecto clínico; posee también un **aspecto social**, si se me permite tal redundancia. Por imperativos estrictamente clínicos, la asistencia médica se ha socializado, como hemos visto, desde dentro; por imperativos rigurosamente sociales la medicina práctica se ha socializado **desde fuera**. Cuatro han sido las manifestaciones principales del suceso:

1.ª La actitud del paciente menesteroso ha cambiado a **radice**. Desde la Edad Media hasta nuestro siglo, el enfermo hospitalario ha venido entregándose sin condiciones a una asistencia médica concebida, respecto de él, como pura beneficencia. Durante los últimos decenios, en el alma del paciente menesteroso ha surgido, cada vez más vigorosa, la conciencia de un radical e ineludible derecho al cuidado de su enfermedad.

2.ª Desde la Grecia clásica hasta nuestro siglo, se ha venido admitiendo como un hecho social inevitable y, en cierto modo, **natural**, la existencia de una «medicina para ricos» y una «medicina para pobres». Había, pues, recursos diagnósticos y terapéuticos sólo accesibles a los enfermos económicamente bien situados. Hoy, en alguna medida, subsiste de hecho esa discriminación; pero la conciencia del hombre actual no la admite, y contra ella se lucha sin descanso en toda la extensión del planeta.

3.ª Antaño, la asistencia médica al enfermo menesteroso quedaba ordinariamente limitada a las enfermedades orgánicas de cierta gravedad. Hoy todo enfermo, cualquiera que sea su condición social y económica —por lo menos, en la sociedad industrial y urbana—, se siente con derecho a solicitar asistencia facultativa para sus enfermedades leves, aunque éstas parezcan ser funcionales o neuróticas.

4.ª Hasta el siglo XX, la enfermedad, para el individuo menesteroso, era pura y simple calamidad. Desde hace algunos años, y sin dejar de ser, en la inmensa mayoría de los casos, infortunio leve o grave, la enfermedad va siendo considerada como fuente de derechos extra-médicos: el enfermo menesteroso siente y piensa —con entera razón, a mi juicio— que respecto a la sociedad su dolencia le da derecho a cierta «indemnización» (30).

Repetiré lo que antes dije: por imperativos estrictamente sociales, la asistencia médica se ha socializado en nuestro siglo **desde fuera**. Han entrado

en crisis, hace ya algunos lustros, la práctica «libre» o «privada» de la medicina (sólo un pequeño porcentaje de los médicos en ejercicio vive hoy de ella) y la asistencia hospitalaria tradicional. Rápidamente está desapareciendo en todos los países el viejo «hospital de beneficencia». Bajo una u otra forma, y salvo en las zonas de la sociedad de mayor holgura económica, el enfermo es atendido por algún «Seguro de Enfermedad». Tal es el marco en que hoy con más frecuencia se establece la relación médica. Dentro de ese marco, ¿cómo el médico y el enfermo se relacionan entre sí? ¿Qué posibilidades ha abierto y qué problemas ha suscitado, en orden a nuestro tema, la actual socialización de la medicina?

La respuesta a estas interrogaciones exige considerar rápidamente otro suceso de la vida histórica actual, y por lo tanto de la medicina de nuestro tiempo: la **autonomía de las técnicas** (L. Albertí), (31), el hecho de que no pocas de las necesidades vitales del hombre puedan ser resueltas utilizando productos fabricados en serie o mediante operaciones que no exigen la intervención de un técnico especialmente calificado. Las técnicas de la comodidad vital van, cada vez en mayor número, automatizándose y estandardizándose. Basta, para advertirlo, medir e lcontraste en la preparación de una fórmula magistral por un farmacéutico de hace cien años y la adquisición de unas tabletas de aspirina en cualquier farmacia actual. Cabría hablar de una «autonomía del remedio» o —si no se quiere ir tan lejos— de una «medicación sin médico». Los analgésicos, los hipnóticos y tranquilizantes, los antibióticos, los laxantes, mil y mil productos de la industria farmacéutica, pueden hoy ser adquiridos sin intervención visible del técnico que los ha preparado —por tanto: como si uno pudiese naturalmente contar con ellos— y sin la menor participación del técnico que conoce su indicación y debiera presribirlos. Algo análogo es posible decir —aun cuando el fenómeno no sea en este caso tan acusado— por lo que atañe al diagnóstico. ¿No va habiendo también, por obra de esta autonomía de las técnicas, un «diagnóstico sin médico»? La exploración radiográfica, bacteriológica, optométrica, bioquímica, etc., ¿no va haciéndose más y más automática, no comienza a dar resultados técnicamente correctos en manos de laborantes sin formación médica? A la vez que la sutileza del recurso exploratorio, crece sin tregua su automatismo, y por tanto su condición de «bien social», su general e inmediata disponibilidad para cualquiera que pueda pagarlo.

Personalización y socialización de la asistencia clínica, complejidad, sutileza y autonomía crecientes de las técnicas diagnósticas y terapéuticas: he

---

(30) No quiero y no puedo desconocer que para nuestras clases médicas la enfermedad suela ser hoy grave y hasta irreparable calamidad económica.

(31) L. Albertí López, «En torno al ejercicio profesional de la medicina en nuestro tiempo», **Revista de la Universidad de Madrid**, X. (1961), 245-270.

aquí las condiciones internas y externas que en el mundo actual presiden el establecimiento y la configuración de la relación entre el médico y el enfermo.

II. Examinemos, para terminar, el problema de la **relación médica en la medicina socializada.** Como suceso histórico, ésta ha sido, lo repetiré, la consecuencia médico-asistencial de la «rebelión del sujeto» —el sujeto menesteroso y médicamente mal atendido— en la sociedad occidental de la segunda mitad del siglo XIX. Desde la ley de Bismarck que en 1883 creó en Alemania las **Krankenkassen,** hasta los Seguros Obligatorios de Enfermedad de la Gran Bretaña y España, pasando por la total socialización de la asistencia médica en la Unión Soviética, apenas existe un país «civilizado» en el que de un modo u otro y con una extensión mayor o menor, no se haya producido un cambio fundamental en la estructura social de la ayuda técnica al enfermo. No debo estudiar aquí los mil problemas sociológicos, políticos, económicos, administrativos y sanitarios que plantea la asistencia médica socializada. Mas tampoco sería posible entender con mínima suficiencia lo que en ella es la relación entre el médico y el enfermo, sin examinar, siquiera sea del modo más sumario, alguna de las cuestiones de carácter general que la realidad de la medicina actual ofrece a cualquier considerador reflexivo.

1. En lo tocante a la **justificación histórico-social** de los Seguros de Enfermedad, me atendré al bien ordenado elenco de razones que recientemente aducía entre nosotros P. Cano Díaz: (32) a) La eficacia y la carestía de la medicina actual. Los recursos diagnósticos y terapéuticos son hoy, además de eficaces e inexcusables, caros. El médico, por otra parte, es más frecuentemente requerido, sobre todo en las grandes ciudades. b) El deficiente estado sanitario de la población, principalmente clases proletarias. Un solo dato: durante la última guerra mundial, de 16.000.000 de personas médicamente reconocidas en los EE. UU., la mitad fueron declaradas inútiles para el servicio militar; ahora bien, las dos terceras partes de tales inutilidades podrían haber sido prevenidas o curadas, en opinión de la administración norteamericana, si se hubiera dispuesto de una asistencia sanitaria adecuada. c) La general conciencia del derecho del hombre a la salud: «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr —dice una declaración de la O. M. S.— es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». d) La general tendencia a la socialización de las profesiones y las técnicas e) La creciente intervención del Estado en la vida social.

Todo lo cual determina que la socialización de la asistencia médica sea vivida por el hombre actual como consecuencia necesaria de un grave e inexorable imperativo de justicia.

---

(32) «El Seguro de Enfermedad en el mundo occidental», **Revista de la Universidad de Madrid** X (1961), 207-244.

2. El afán de justicia social y un discreto nivel en la formación del médico no son suficientes, por sí solos, para el logro de una buena asistencia médica socializada. Esta no sería posible sin el cumplimiento de los siguientes **presupuestos**: a) Suficiencia económica. El Seguro de Enfermedad no puede no ser caro, si ha de ser eficaz. Sólo las sociedades en alguna medida urbanas e industriales pueden pagar una medicina socializada de cierta calidad. b) Capacidad técnica. La organización de un Seguro de Enfermedad es faena compleja, no sólo desde un punto de vista médico, mas también desde un punto de vista administrativo. Una sociedad en que no haya penetrado de manera suficiente la mentalidad racionalizadora y racionalizada del mundo moderno, no podrá socializar con eficacia su medicina. c) Formación moral. El buen rendimiento de un Seguro de Enfermedad exige como presupuesto la vigencia de una buena moral civil y social. Sin la general disposición de las almas a considerar como fuente de deberes las múltiples instancias en que se expresa la vinculación civil y social de nuestra vida, la socialización de la medicina quedará dañada en su mismo seno.

3. Menor importancia tiene, desde nuestro punto de vista, un examen detenido de los diversos **modos** que hasta hoy ha ido adoptando el Seguro de Enfermedad. Cano Díaz los ordena según tres criterios: a) El diverso grado de la obligatoriedad del Seguro. Hay, según los países, Seguros de Enfermedad obligatorios (Unión Soviética, Gran Bretaña, España, etc.) y voluntarios (Estados Unidos). Debe consignarse, sin embargo, la general tendencia de la obligatoriedad del seguro médico. b) La extensión social de los beneficios del Seguro. Pueden éstos llegar, en efecto, a toda la población, o sólo a una parte de la misma. c) El modo de ser requerida la asistencia: libre elección del médico dentro de un cuadro profesional determinado, libre elección entre todos los médicos de la población donde se resida u obligación, por parte del asegurado, de recurrir al médico a cuyo «cupo» pertenezca. d) El modo de la prestación del servicio: libertad de elección, por parte del médico, de los recursos diagnósticos y terapéuticos que el caso requiera, o atenimiento obligatorio al cuadro de los que la organización autoriza; prestación directa de la asistencia o indemnización por los servicios recibidos. Hasta la fecha, el Seguro de Enfermedad vigente en España es obligatorio para una parte de la población y presta asistencia directa con atenimiento a un cuadro de recursos determinado.

4. Repitamos ahora una interrogación páginas atrás formulada: **en orden a la relación entre el médico y el enfermo, ¿qué posibilidades ha abierto y qué problemas ha suscitado la socialización de la medicina? Para simplificar** las cosas, admitamos que la formación técnica del médico y la capacidad funcional de la organización (orden administrativo, recursos asistenciales, etc.) son suficientes. En el caso de que, como en España acontece, no admita el Seguro la libre elección del médico por parte del asegurado, ¿cómo será, cómo podrá ser la relación médica? Un examen conjunto de la realidad empírica (lo que efectivamente sucede), de la realidad posible (lo que po-

dría suceder, utilizando rectamente las posibilidades de que se dispone) y de la realidad ideal (lo que debería suceder, lo que sucedería si las posibilidades fuesen óptimas), obliga a discernir en esa interrogación tres órdenes de problemas:

1.º Problemas de **carácter afectivo.** Sin la libre elección del médico por parte del enfermo, ¿es posible que entre uno y otro se establezca una verdadera «amistad médica»? Con otras palabras: producida en esas condiciones, ¿puede ser satisfactoria, con la frecuencia debida, la relación entre el terapeuta y el paciente? Pienso que una consideración legal y adecuada del tema exige resolver previamente las siguientes cuestiones:

a) La confianza del enfermo en el médico, ¿es condición necesaria para la certidumbre del diagnóstico y para la eficacia del tratamiento? Si los recursos diagnósticos y terapéuticos son **in casu** objetivamente eficaces y si el paciente es persona psíquicamente sana y robusta, la respuesta debe ser negativa. Una oclusión intestinal, una bronconeumonía y una fractura ósea pueden ser muy correctamente diagnosticadas y muy eficazmente tratadas sin que esa confianza haya llegado a producirse. Los remedios —fármacos o intervenciones quirúrgicas— actúan por lo que ellos son; y aunque la desconfianza del paciente merme una parte de la acción favorable que el remedio, en cuanto placebo, pudiera ejercer, no por eso dejará la penicilina de matar a los neumococos, ni se hará imposible la cicatrización del intestino intervenido. La «medicina resolutiva» —aquella que Platón juzgaba preferible para la **polis**— no exige, en principio, la confianza del enfermo.

Otro será el caso cuando el médico no disponga de remedios resolutivamente eficaces, o cuando el paciente, por una u otra causa, sea hombre psíquicamente débil, o —en cualquier hipótesis— cuando exista un firme propósito de perfeccionar y personalizar al máximo el diagnóstico y el tratamiento: entonces la confianza del enfermo en la persona de quien le trata será rigurosamente imprescindible.

b) La libertad de elección del médico por el enfermo, ¿es condición necesaria para la creación de la confianza de éste en aquél? Demos a las posibilidades personales y técnicas del médico todo el valor que realmente tienen, y respondamos sin vacilar: en términos absolutos, no. Un médico no elegido por el enfermo e impuesto por la organización asistencial podrá casi siempre, si efectivamente se lo propone, conquistar la confianza de la persona a que atiende. Dos simples recursos, suficiencia técnica y buena voluntad, le bastarán para ello. Y puesto que **puede** hacerlo, **debe** hacerlo, así en cuanto titular de una medicina, la actual, en cuya eficacia es razonable confiar, como en cuanto persona capaz de cumplir con responsabilidad deberes libremente contraídos.

Esa conquista chocará con dificultades considerables cuando por tal o cual razón —pronto contemplaremos alguna— la organización asistencial no sea satisfatoria para el asegurado, y llegará a ser imposible en ciertos

casos particulares. Es preciso reconocer, sin embargo, que la libre elección del médico no excluiría a radice esta posibilidad, casi siempre determinada, cuando efectivamente se da, por motivos de índole personal. ¿Debe el seguro, según esto, prever la posibilidad de que la relación médica sea interrumpida por una u otra de sus partes, cuando los motivos aducidos para ello sean objetivamente suficientes? En mi opinión, sí; aunque no se me ocultan las dificultades que presentaría la adecuada reglamentación de ese evento y, sobre todo, la resolución efectiva del conflicto, cuando realmente se produjera.

c) La libertad de elección del médico por el enfermo, ¿ha tenido alguna vez plena vigencia real? La verdad es que, por lo general, éste ha sido un derecho cuyo ejercicio sólo se hallaba al alcance de los potentados. El enfermo hospitalario era tradicionalmente atendido por el jefe del servicio a que se le enviaba, o acaso por un médico subalterno de quien el paciente no conocía ni siquiera el nombre. El igualado rural debe acudir en la inmensa mayoría de los casos, sin posibilidad de opción, al titular de su iguala. El afiliado a alguna de las organizaciones asistenciales anteriores al Seguro Obligatorio de Enfermedad —«Sociedades de médico y botica» o «de médico, botica y entierro» solían llamarles— recibía asistencia, por lo general, del clínico que la organización hubiese por sí misma contratado. Seamos sinceros: por debajo de cierto nivel económico, la libertad de elección del médico por el enfermo ha sido, en la inmensa mayoría de los casos, un derecho meramente nominal o, como con harto menosprecio de la teoría suele decirse, «teórico».

Quiero ser bien entendido. En modo alguno trato de afirmar que la libre elección del médico por el enfermo no sea, en principio, preferible a la carencia de esa libertad. Sinceramente creo que cierta capacidad de opción es tan posible como conveniente. Pienso, sin embargo, que el problema —a veces tan ligeramente discutido— debe ser planteado en sus justos términos. He aquí mi tesis: la perfección del ejercicio clínico exige la confianza del enfermo en el médico, y ésta puede ser más fácilmente conseguida cuando en el Seguro de Enfermedad rige el principio de la libre elección; pero todo ello no es óbice para que, supuestas las condiciones que antes señalé —suficiencia técnica y buena voluntad en el médico, satisfactoria capacidad funcional en la organización asistencial—, pueda conseguirse, incluso sin esa libertad de elección, una asistencia médica socializada de muy aceptable calidad.

2.° Problemas de **carácter técnico-económico.** Aunque la formación técnica de los médicos sea aceptable, y aunque, por añadidura, sea muy alta la capacidad administrativa de los gestores de la organización, sin dinero, sin mucho dinero no podrá alcanzarse jamás una medicina socializada digna de las exigencias de justicia que el hecho mismo de la socialización de la medicina lleva en su seno. Bajo forma más o menos «organizada», el contraste entre la

«medicina para ricos» y la «medicina para pobres», tradicional en Occidente desde la Atenas platónica, subsistiría casi intacto.

No me refiero solamente al mucho dinero que hoy cuestan las instalaciones asistenciales —edificios, material diagnóstico y terapéutico, etc.—, y si han de estar, como suele decirse, a la altura de los tiempos. Hablo también de la retribución y del número de los médicos encargados de la asistencia. Sin garantizar al médico un nivel de vida decoroso, ¿podrá lícitamente exigirse de él esa «buena voluntad» a que tantas veces me he referido? ¿Puede pedirse que el ejercicio socializado de la mdicina sea para sus protagonistas una generosidad «a fondo perdido», si se me permite decirlo así? Y sin un número de prácticas generales y de especialistas adecuado a la cuantía de la población atendida y a lo que hoy es o debe ser el arte de curar, ¿podrá ser correcta y «amistosamente» tratado el beneficiario del seguro?

Pensemos un momento en el número de médicos que exigiría una organización asistencial no limitada a un simple «salir del paso»; y sin contar los no pocos que los servicios auxiliares requieren —bioquímicos, anatomapatólogos, radiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.—, pongamos exclusivamente nuestra atención en los titulares de la función clínica. En un consultorio cualquiera, un clínico, general o especialista, recibe a los enfermos que solicitan su asistencia. ¿Qué tiempo dedicará a cada uno? Puede ocurrir que la organización no establezca la dedicación de un tiempo medio al examen de cada enfermo; tal es el caso de nuestro Seguro Obligatorio de Enfermedad. Puede ocurrir también que la organización, aunque no de un modo muy expreso y terminante, aconseje dedicar a cada paciente un determinado lapso temporal; esto es lo que acontece en la Unión Soviética. Aparentemente, el primer criterio es más favorable a la perfección del ejercicio clínico: nada impide al médico, en tal caso, consagrar al enfermo todo el tiempo que estime necesario. Pero ¿de qué le servirá esta posibilidad, si los enfermos acuden a su consultorio en tropel, como habitualmente sucede? Parece, pues, que debe establecerse una regulación aproximada del tiempo dedicable a cada paciente. ¿Serán suficientes los diez minutos que concede la asistencia soviética? Aparentemente, sí. Pero la obligación de consagrar buena parte de ese tiempo a faenas extraclínicas —al «papeleo», según la jerga vigente entre nosotros— merma de manera considerable el que real y efectivamente se emplea en la comunicación directa con el paciente. Datos procedentes de la Unión Soviética nos dicen que de los diez minutos correspondientes, en principio, a cada enfermo —de hecho, no más de nueve—, dos o tres han de ser consumidos en la redacción de la historia clínica, y tres o cuatro en el «papeleo»; con lo cual, para la anamnesis y la exploración no se viene a disponer más que de unos dos o tres minutos (33). La conclusión se impone por

(33) Los datos procedentes de un dispensario de Saproshe, y han sido publicados por las doctoras María Stepanovna Pasechik y María Kuzminina Sorokova en las revistas **Meditsinskii Rabotnik** y **Literaturnaia Gazete.** Yo los tomo del libro de Mark G. Fiel **Doctor and Patient in Soviet Russia** (Harvard Univ. Press. Cambridge, Mass.) págs. 140-141.

sí sola: tanto en la Unión Soviética como en España, la asistencia médica socializada exige un número de clínicos muy superior al actual. De otro modo, la atención al enfermo no podrá dejar de ser apresurada y rutinaria, y sólo por excepción podrá establecerse entre el médico y el paciente una relación satisfactoria.

3.° Problemas de **carácter moral.** Sin la existencia de una vigorosa «moral social», sin que en las conciencias opere con alguna fuerza el sentimiento del deber frente a la sociedad —en definitiva, frente a «los otros» remotos y desconocidos—, ¿podrá ser satisfactoria la asistencia médica socializada? En lo que a ésta se refiere, el deber afecta por igual, aunque a cada uno a su modo, al enfermo, al médico y al funcionario administrativo.

a) En el asegurado impera, por lo general, la conciencia de un derecho. O, mejor dicho, de dos: derecho a una asistencia médica humana y técnicamente satisfactoria, derecho a la indemnización. Los dos son indiscutibles, los dos son parte inexcusable de cualquier justicia social merecedora de su nombre. Pero sin el contrapunto de los deberes que a cada uno de ellos corresponden, ¿no serán, respecto de la relación médica, fuente de dificultades, y hasta de conflictos? A la conciencia del derecho a la asistencia médica debe acompañar una resuelta voluntad de sanar; de otro modo —recuérdese el esquema sociológico de Parsons— esa conciencia sería moral y socialmente viciosa. El derecho a la indemnización —a una indemnización suficiente, no meramente «simbólica»— queda objetiva y subjetivamente justificado, a su vez por el deber de no convertirla en botín o en granjería. La simulación de la enfermedad y la venta fraudulenta del remedio son las formas más flagrantes de la deficiencia moral del enfermo. Pero junto a ellas —más precisamente, entre ellas y la neurosis stricto sensu— se halla el campo clínica, moral y socialmente indeciso de las «neurosis de renta» o «de exención»: el gran número de sujetos que por obra de mecanismos no del todo inconscientes hacen de la enfermedad recurso para el lucro o para la evasión.

b) En el caso del enfermo, el peligro moral es la conciencia abusiva de un derecho; en el caso del médico, la insensibilidad habitual frente al deber, la conversión de la práctica clínica en rutina. Aunque su formación técnica sea aceptable, como constantemente venimos admitiendo, ¿quedará exento de responsabilidad el médico que, por sentirse «funcionario» y porque su celo en el ejercicio clínico no haya de incrementar sus ingresos, preste al enfermo una asistencia rutinaria y adocenada? No es cómoda, por lo general, la situación moral y afectiva del médico al servicio de un Seguro de Enfermedad. Ha de atender a un número excesivo de enfermos. Sabe que en alguna medida es corresponsable del estado sanitario de la sociedad a que pertenece. Debiendo en cada caso certificar el estado de enfermedad del asegurado que le requiere, se ve obligado a actuar como juez —una certificación médica viene a ser una sentencia en favor o en contra de la indemnización—, con todos los delicados problemas afectivos y morales que esa decisión lleva tantas

veces consigo (34). Además de médico, debe ser funcionario administrativo —la servidumbre del «papeleo»—, y ha de atenerse, en el ejercicio clínico, a las posibilidades y limitaciones que le brinda o le impone la organización (35). Si, por añadidura, la retribución económica que recibe no es suficiente, ¿no se sentirá con frecuencia empujado al adocenamiento y a la rutina en su práctica asistencial?

c) El funcionario administrativo, a su vez, debe sustraerse a la tentación de confundir —como en tantas ocasiones acaece— la «gestión» y la «gerencia» con la «posesión». El fin de la organización asistencial es la ayuda médica, y los protagonistas de ésta son el enfermo y el médico. Pocas cosas tan perturbadoras para una buena asistencia médica socializada como esta viciosa conversión de los «administradores» de un servicio público en «cuasi-propietarios» de ese servicio.

5. Tal vez nos hallemos ya en condiciones de formular, desde nuestro punto de vista, un **juicio estimativo** acerca de la socialización de la medicina, la más voluminosa y controvertida entre todas las importantes novedades que el arte de curar viene conociendo en nuestro siglo.

Debe decirse en primer término que, mirada en su conjunto, la socialización de la asistencia médica es un suceso histórico irrevertible, progresivo y justo. A él podría muy bien ser aplicado el famoso argumento teológico de Escoto: «Pudo ser, debió ser, luego fué». Mas aún, seguirá siendo y —según toda probabilidad— de un modo más acusado cada día. Pero la inexorabilidad histórica y la indudable justicia del suceso no deben convertir en intocables los modos con que técnicamente se le realiza. Al contrario. Puesto que todavía no ha sido convenientemente superada la crisis de la asistencia médica tradicional, puesto que los Seguros de Enfermedad, desde las **Krankenkassen** bismarckianas hasta el que hoy rige en España, no son más que tanteos hacia un sistema asistencial cada vez menos insatisfactorio, la más tentadora y cómoda, pero no la menos grave de las injusticias sería una actitud negativa frente a la revisión. Vivimos, como suelen decir los norteamericanos, en un **changing World** —aunque siempre «cambiante», el mundo lo es más en unos tiempos que en otros—, y a todos los órdenes de la existencia humana deben llegar los imperativos dimanantes de esa general condición histórica.

En orden a la relación entre el médico y el enfermo, ¿cuáles son las principales razones, cuáles deben ser las líneas orientadoras y las metas de esa constante faena de revisión? Permítaseme formular mi personal actitud en los dos puntos siguientes:

---

(34) Véase el instructivo capítulo «To Certify or not Certify: The Physician's Dilemma», en el libro **Doctor and Patient in Soviet Russia**, antes citado.

(35) Sobre los problemas éticos de la prescripción en la medicina socializada, véase el trabajo de L. Albertí que en páginas anteriores mencioné.

1.º En su conjunto, la relación médica que de ordinario permite la actual medicina socializada —desde los países de América en que se ha establecido hasta la Unión Soviética, pasando por la Europa occidental— dista mucho de ser satisfactoria. Varias son las causas que determinan este hecho, y entre ellas: a) La notoria escasez de la dedicación de tiempo a cada enfermo. Si para el médico es totalmente imposible detener su atención personal en cada uno de los «casos» a que atiende, ¿cómo podrá llegar a constituirse entre él y el paciente una verdadera «amistad médica»? b) La indudable deficiencia de los estímulos e incentivos —no sólo de orden económico— que por lo general ofrece al médico la institución asistencial. No parece viable ni justo el designio de convertir al clínico en un pequeño héroe cotidiano de la amistad con el enfermo (36). La asistencia médica socializada es cara; tan cara, que en todos los países civilizados se plantea hoy, de un modo u otro, este ineludible dilema: «O reducción de gastos militares, o mala asistencia médica». c) En no pocos casos, son deficientes el sistema de solicitud del servicio (por restricción excesiva de la libertad de elección del médico) y el área de los recursos diagnósticos y terapéuticos de que el médico puede disponer. d) Es defectuosa, por lo general, la formación social del médico. Dejando aparte el costado moral de esa formación las Facultades de Medicina han solido quedar ciegas, hasta ahora, frente a los múltiples problemas que plantea la conexión entre la enfermedad y la sociedad. e) Más defectuosa todavía es, por lo general, la formación civil y social del enfermo. Este suele vivir con mucha más intensidad sus derechos sociales como enfermo que sus deberes frente a la sociedad.

2.º No puede ser verdaderamente satisfactoria una asistencia médica que no se funde sobre la amistad —sobre la «amistad médica», claro está— y no

---

(36) No resisto la tentación de transcribir, tomada del libro de Mark G. Field, la siguiente anécdota, relatada por un médico y procedente de una publicación satírica de la Unión Soviética: «Un ingeniero se burla de lo poco que gano comparado con lo que gana él.
—¿Por qué —me dice el ingeniero— se os paga tan poco?
—En nuestro país —le respondo—, las gentes cobran según los materiales con que trabajan; y Vd. trabaja con oro, ¿no?
—Yo no trabajo con oro —arguye el ingeniero—, sino con máquinas.
—Sí, pero el gobierno compra esas máquinas con oro.
—Es verdad.
—Entonces, ya lo ve, Vd. trabaja con oro, y yo con Vd. o con personas como Vd. Esto quiere decir que su calidad es mucho más baja que la de la maquinaria. Si una máquina se estropea, hace falta oro para comprar otra, pero si Vd. muere, hay dos millones como Vd. para ocupar el puesto que deja libre. El coste de Vd. es menor.
Y luego añadí:
—Yo no trabajo por dinero, sino por la gratitud que obtendré si usted está enfermo, no tanto de Vd. mismo, como de su esposa.
En lo sucesivo, termina diciendo el comentario, cambió mucho la actitud de ese ingeniero frente a mí».

tienda hacia ella. Tal debe ser, junto a la buena salud pública, la meta última de la socialización de la medicina. La revisión que como imperativo permanente postulo debe, por tanto, procurar: a) La existencia de un número de médicos que permita la dedicación de tiempo suficiente a cada enfermo. ¿Cuántos? No soy yo quien debe decirlo; dar una respuésta adecuada excede de mis posibilidades. Pero la necesidad de proceder en ese sentido es sobremanera patente. b) Una decorosa retribución del médico y una justa indemnización del enfermo. c) Cierta libertad en orden a la elección de médico por el paciente; y, al propio tiempo, garantías para el médico frente a los posibles abusos del asegurado. d) Amplitud suficiente en los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. e) Formación social del médico, ya en el seno de la Facultad de Medicina. f) Formación social del asegurado y, por lo tanto, de la población general.

Muy diverso será, según los países y los tiempos, el ritmo de la constante revisión perfectiva a que la asistencia médica socializada debe hallarse sometida. Si ese ritmo es lento e insatisfactorio, ¿deberá el médico instalarse en el consabido círculo vicioso de un «Como no me atienden, no cumplo bien; como no cumples bien, no te atiendo»? (37). Si no estuviese en juego la salud, acaso la vida de otro hombre, tal vez sí; pero el ejercicio de la medicina exige siempre, por razón de su fin, una entrega esforzada de quien lo practica. Esta es la servidumbre moral del médico, mas también su grandeza. Gracias principalmente a ella, y a pesar de todas las deficiencias antes señaladas, la medicina socializada va siendo, en toda la extensión del planeta, una empresa en marcha.

---

(37) La primera frase de ese tácito diálogo —«Como no me atienden, no cumplo bien»—, pertenecería al médico; la segunda —«Como no cumples bien, no te atiendo»—, a los titulares y portavoces de los intereses sociales. Sólo por obra de la abnegación de aquél y del buen sentido de éstos podrá ir rompiéndose ese círculo vicioso, en modo alguno exclusivo de la proposición médica.