

ENTRE DIOSOS Y MORTALES

El colectivo médico español se encuentra ante una encrucijada histórica en la que la batalla fundamental se libra, no sólo ni tanto contra agentes externos, sino fundamentalmente en el terreno cognitivo. Porque es la conciencia de los profesionales, su correcta autopercepción, la que se enfrenta a una necesaria transición desde el terreno de lo divino al meramente humano. Y en este proceso, la realidad objetiva, la que en nuestro país se deriva de los irreversibles procesos de modernización propios del postindustrialismo, lleva décadas de ventaja.

Ya no somos dioses. El profesional de la medicina hace ya muchos años que abandonó su omnipotencia individualista y fue expulsado del quimérico paraíso en el que, durante siglos, le era permitido comer del árbol del bien y del mal sin mayores consecuencias. A ello han contribuido varios factores que, en conjunto, constituyen el mayor reto al que se enfrenta el sindicalismo médico en el momento actual:

- La socialización del conocimiento conlleva que ningún colectivo profesional pueda pretender ya, en la era de Internet y de la globalización informativa, actuar como detentador exclusivo de un lenguaje criptosimbólico que actúe como refuerzo del poder del grupo ante la sociedad. Es posible que se pueda seguir hablando de «exitus» o «autolisis» en lugar de muerte o de intento suicida, pero la pretensión de que con ello se mantenga el prestigio científico del médico y su distanciamiento efectivo del paciente se evidencia condenada al fracaso. La solicitud de información acerca de los procesos diagnósticos o terapéuticos deviene en una creciente presión sobre los profesionales sanitarios por parte de los cada vez más exigentes usuarios del sistema. Del grado de aceptación de este hecho se derivará la calidad futura de la relación médico-enfermo.
- Los avances técnicos, junto a la irrupción de la medicina basada en la evidencia, convierten en obsoleto un modelo de ejercicio prácticamente autónomo y fuerzan al trabajo en grupo sobre la base de la protocolización. Ya no existe el acto médico como tal si no es concebido en el marco de una atención sanitaria de naturaleza colectiva en la que, por lo demás, la terapéutica viene siendo desplazada, como objetivo central, por una profilaxis basada en criterios epidemiológicos que no pueden ser definidos por cada facultativo en particular.
- La universalización de la asistencia sanitaria, conquista histórica e irrenunciable de las sociedades europeas tras la postguerra mundial, ha exigido un esfuerzo económico solidario que, como colofón, situaba al médico ante la perspectiva de su inevitable asalarización. De hecho, este proceso de generalización del derecho a la salud, ha suscitado históricamente resistencias entre muchos profesionales hasta el punto de generar una contradicción entre sus intereses, propios objetivamente de un colectivo hasta entonces privilegiado, y los de la mayoría de la población. Se trata de un proceso dinámico que debía resolverse asumiendo el nuevo marco, pero que

se dilataba en el tiempo al implicar la ruptura de un modelo tradicional que conllevaba, asimismo e inevitablemente, una evidente relación de poder.

De este modo, la situación presente puede ser definida como de perplejidad, nostalgia y expectación. Perplejidad ante unos cambios históricos cuyo alcance no se puede o desea conocer y nostalgia por un pasado en el que los roles no se veían sometidos a la revolución en que hoy están inmersos. Expectación, por tanto, injustificada, dado que muchos otros colectivos profesionales, pasaron ya antes por el mismo proceso de transición y se adaptaron con mayor rapidez a las nuevas exigencias.

El médico no «es» un profesional liberal, sino un titulado universitario cualificado cuyas condiciones de trabajo varían al compás de las exigencias que la historia impone. Y, en el momento presente, estamos ante un colectivo mayoritariamente asalariado. Del mismo modo que el trabajo artesanal fue abocado a las modernas cadenas de montaje de los actuales polígonos industriales, el intimismo y la privacidad de la consulta del médico ha devenido en trabajo colectivo dentro de grandes hospitales e instituciones sanitarias que proporcionan los medios tecnológicos inalcanzables para el «artesano» individual de la salud.

Pero esa evidencia es convertida sistemáticamente en opinión por parte del sector más conservador del colectivo sin que, en este caso, tal actitud ideológica se identifique con facilidad con la defensa de los intereses mayoritarios de éste. Más bien, se diría que lo «residual» pretende condicionar el futuro desarrollo de lo «actual». Desde la mentalidad de «clase médica» se modula la autopercepción del «colectivo profesional» realmente existente. Y el resultado es un tipo distorsionado de (auto-)conciencia que impide dar el salto definitivo desde una «concepción gremial», que agota su representatividad en los Colegios Profesionales, hacia una «conciencia laboral» que es la que siempre ha dado sentido a la representación «sindical» (figura 1).

El Sindicalismo Médico debe, por ello, sustentarse en una correcta percepción de la realidad histórica del colectivo al que pretende defender. Y transmitir hacia éste, por los mismos motivos, un mensaje claro y rotundo que le obligue a la autoaceptación de lo evidente. Porque mientras se alimenta el espejismo de que «no se es» lo que efectivamente «se es», mientras alguien se permita mantener la ilusión de un imposible viaje al pasado, no se superarán las limitaciones cognitivas aún presentes. Y sólo puede autoafirmarse en sus derechos quien es consciente de su realidad y, asumiéndola, intenta transformar sus aspectos negativos sin perder de vista el horizonte de lo irreversible.

Evidentemente, aún nos encontramos ante una realidad sanitaria en la que es posible el ejercicio liberal de la profesión. Pero deberemos aceptar que se trata de un modelo, por la escasez objetiva de demanda disponible, incapaz de satisfacer las expectativas de la gran mayoría de los médicos y mediatizado, además, por la necesidad de contar con un fuerte respaldo tecnológico sólo al alcance de las grandes instituciones sanitarias. Y tampoco puede identificarse sin más este tipo de ejercicio con la idea de «sanidad privada», porque incluso en países que no han desarrollado plenamente un sistema integrado de aseguramiento universal, como por ejemplo los EEUU, son las poderosas compañías del sector las que convierten en salarizada la actividad del médico (otro tanto podríamos afirmar respecto a las «concesiones administrativas» puestas en marcha por nuestra actual administración autonómica).

El perfil medio del médico potencialmente destinatario de un mensaje sindical, en nuestro ámbito, es el que responde a un profesional que trabaja en régimen asalariado, al que no compensa intentar cambiar a un modelo de ejercicio liberal, que ejerce en centros sanitarios fundamentalmente públicos y se encuentra sometido a las contradicciones derivadas de los problemas y limitaciones que ello conlleva. Partiendo, pues, del compromiso ineludible que supone aceptar el marco histórico actual de desarrollo profesional, nuestro colectivo debe elaborar propuestas de solución y progreso que den lugar a una respuesta sindical (figura 2). Respuesta, además, necesariamente autónoma. En primer lugar, porque la evolución del mercado de trabajo ha convertido en obsoleta la idea de que pueda existir una única clase trabajadora que se proyecte de modo homogéneo en un sindicalismo homogeneizante. Y, en segundo lugar, porque la posición minoritaria del personal facultativo en el magma del conjunto de los trabajadores al servicio del sistema sanitario hace inviable toda posibilidad de representación en el marco de una organización «generalista». No es, pues, por «corporativismo» insolidario, sino por legítimo derecho a la autodefensa, que propugnamos aquí un sindicalismo profesional e independiente. Y tanto más cuanto la intromisión de los gestores políticos (o eventualmente privados) en nuestro trabajo amenaza con desnaturalizarlo y vaciarlo de contenido.

Medicina Asalariada	Medicina Liberal
Conciencia de «colectivo laboral»	Conciencia de «clase médica»
Trabajo en Grupo / Dilución del «acto médico»	Individualismo / «acto médico» inmediatamente perceptible
Dificultades para la individualización del reconocimiento	Reconocimiento personal por parte del paciente
Representatividad Sindical	Representatividad Colegial
Objetivos impuestos o Gestión grupal de objetivos	Plena autogestión de objetivos individuales
Retribución en concepto de «salario»	Retribución en concepto de «honorarios»

Figura 1



Figura 2

Una vez repensada la idea del papel del médico en clave de colectivo profesional asalariado y, por lo tanto, adquirida la suficiente autoconciencia laboral, quedan por analizar las correcciones necesarias a introducir en el sistema sanitario para salvaguardar lo que de peculiar y específico aportamos. Es la fase de **reivindicación**. Ante la despersonalización deberemos proponer actuaciones dirigidas a la individualización de la participación y la mejora del ambiente laboral mediante la introducción, entre otras, de técnicas de dinámica de grupos. Ello debería dar lugar a un reconocimiento de las aportaciones de cada miembro, lo que se traduciría en la posibilidad de aplicar incentivos y motivaciones razonables. Frente a la imposición burocrática de los objetivos defenderíamos la cogestión como nuevo marco de relación médico-enfermo y

la participación del médico a todos los niveles como motor del sistema. A la ausencia de autonomía económica responderíamos con propuestas de mejora retributiva y desarrollo de una hoy inexistente carrera profesional. Y así, sucesivamente, hasta que nuestro sindicalismo sea considerado como una opción natural por parte de los médicos y una realidad a respetar por parte de nuestros gobernantes. Entonces, y sólo entonces, podremos decir que, no sólo estamos, sino que somos, también nosotros, parte de la Unión Europea.

Ricardo Llevata Company
SECRETARIO DE COMUNICACIÓN (CESM-CV)