

ES bien sabido, pero conviene repetirlo a menudo, que el Seguro Obligatorio de Enfermedad entró en funcionamiento en los años cuarenta, sin que dieran a conocer su parecer los dos elementos principalmente afectados: los médicos y los trabajadores. Cierto es que intervinieron representantes de los Colegios de Médicos, pero el sistema entonces imperante de elección de los dirigentes colegiales no daba a éstos ninguna auténtica representatividad.

Ese vicio de origen del SOE ha influido muy desfavorablemente en las relaciones entre médicos y enfermos; los primeros, formados en las aulas universitarias para el ejercicio de una medicina liberal y hospitalaria, consideraron en principio que el Seguro de Enfermedad no duraría y más tarde que era una imposición en la que no tenían ni arte ni parte, y los segundos adoptaron pronto una actitud "recuperadora", estimando que las cuotas pagadas a la Seguridad Social debían recuperarse en forma de prescripciones medicamentosas más o menos justificadas.

Esa doble actitud ha deteriorado hasta tal punto la relación entre los asegurados y los médicos generales que éstos se han transformado, sin duda en muchos casos en contra de su propia voluntad, en meros dispensadores de volantes para los especialistas y de recetas, realizando una función tan poco científica que les llena de resentimiento y amargura contra la institución que les lleva a practicar una Medicina tan poco convincente. Sin embargo, el hecho de que haya médicos generales que han conseguido vencer la inercia del sistema muestra en forma fehaciente que no todos los fallos son atribuibles a la organización y que cada cual tiene su parcela de responsabilidad en la lamentable situación actual.

ELECCION DE MEDICO

Creo que una de las razones fundamentales de la insatisfacción del asegurado es su escasa intervención en la elección del médico que va a responsabilizarse de su asistencia. En la gran mayoría de los casos no conoce a ese médico hasta que le encuentra por primera vez en la consulta o en el propio domicilio. No cabe duda de que tras ese primer encuentro pueden establecerse entre el enfermo y el médico relaciones de confianza y de afecto que posibiliten una asistencia plenamente satisfactoria, pero también puede ocurrir, y la experiencia lo prueba abundantemente, que el asegurado desconfía de entrada de un médico impuesto por la burocracia del sistema y que esa desconfianza perdure a lo largo de todas sus futuras relaciones.



La asistencia hospitalaria es indispensable en la mayor parte de los casos graves, pero no debe olvidarse que el mayor volumen de afecciones aparecen y se sufren fuera del hospital. (Foto: OMS/SORENSEN.)

La relación médico enfermo en el S.O.E.

Saliendo al paso de posibles críticas diré que, según la normativa actual, el asegurado puede elegir entre los médicos de la zona a la que pertenece cuyo cupo no esté cubierto. Pero en la práctica la

o por la facilidad con que éste transcribe las recetas extendidas por médicos ajenos al sistema de la Seguridad Social. Por otra parte, los médicos temen que la libre elección desencadene una "guerra

instituciones que les pagan un sueldo concertado y aceptado libremente. El médico asalariado puede funcionar tan bien como el ingeniero o el abogado asalariado, y la institución que le emplea se cuidará muy bien de exigirle el cumplimiento de su labor. Claro que aquí puede residir el nudo gordiano del problema, en la necesidad de que el trabajo del médico sea fiscalizado como el de cualquier otro profesional.

En este sentido vale la pena mencionar el sistema aplicado en Francia, donde, repito, el profesional es retribuido por acto médico: la Administración establece cuadros estadísticos de la actividad de cada médico (visitas, recetas, etcétera) y establece comparaciones con la actividad habitual del conjunto de los médicos de la región de la misma disciplina; los casos

Dr. J. A. Valtueña

designación del médico esté a cargo del personal administrativo del INP, a no ser que el asegurado muestre decidido interés por tener como médico general a un profesional determinado.

Para ser objetivo debo señalar que muchos médicos están en contra de la libre elección porque temen que en ella intervengan circunstancias no profesionales y que los asegurados se dejen influir en demasía por la simpatía del médico

de cartillas" que finalmente redundaría en claro perjuicio de la asistencia.

Como en la actualidad es prácticamente imposible volver al pago por acto médico (sistema vigente en Francia, por ejemplo), creo que la única solución viable consiste en la salarización del médico. En España y fuera de ella aumenta constantemente el número de médicos que trabajan en régimen de dedicación completa al servicio de

que salen de los límites ordinarios son sometidos a una comisión médica, que descodifica el expediente mantenido hasta entonces en secreto, esto es, da un nombre a lo que sólo era un número; la comisión llama la atención del médico si lo considera preciso, pero si ello no basta, el médico es sancionado y no se reembolsan los honorarios a sus pacientes, lo que le supone una pérdida de la mayor parte de su clientela.

El individualismo del español, exacerbado en el caso de los médicos, soporta muy mal cualquier tipo de auténtica inspección, pero si queremos que el país funcione es preciso que nos demos cuenta de que una vez elegida democráticamente una determinada opción, todos tendremos la obligación de acatar la normativa resultante de la opción elegida por la mayoría democrática.

Sin embargo, en el caso del INP la extensión de la figura del médico asalariado plantearía, hoy por hoy, problemas muy graves. El Instituto cuenta ya en las residencias de la Seguridad Social con numerosos médicos a sueldo, pero cada vez que se plantea el problema de la revisión de sus condiciones de empleo, surge de inmediato el conflicto al plantearse la discusión entre dos fuerzas totalmente dispares: el potente INP y los médicos agrupados en comisiones y con respaldo escaso o nulo de los Colegios. Además, para mayor ercario, si el conflicto se endurece, los componentes de las comisiones son suspendidos de empleo y sueldo, con lo que automáticamente dejan de ser interlocutores válidos.

ENFERMOS REALES O PRESUNTOS

Se ha dicho a menudo que una de las causas que impiden actuar eficazmente a los médicos generales del SOE es el elevado número de enfermos que se presentan a sus consultas. Me parecen un poco bizantinas las discusiones respecto al carácter orgánico o funcional de tales pacientes. Cuando un enfermo acude al médico es porque se siente enfermo y le importa poco que su dolencia sea orgánica o funcional, lo que quiere es obtener el alivio o la curación de sus trastornos.

Un importante estudio de Jorge L. Tizón, especialista en psiquiatría, efectuado en una consulta de Medicina general de la Seguridad Social, muestra que el 60 por 100 aproximadamente de los enfermos padecen trastornos psiquiátricos caracterizados o de predominio psicológico. Pero el propio autor

insiste en la necesidad de tratar adecuadamente a esos pacientes —predominantemente mujeres— no limitándose a enviarnos a uno u otro especialista o a prescribirles un "calmante", que en el mejor de los casos tendrá un efecto puramente transitorio.

No cabe duda alguna de que muchos de esos trastornos es el resultado de las presiones a las que nos vemos sometidos en los países industrializados: trabajos alienantes, en los que el obrero no encuentra modo alguno de "realizarse"; medio ambiente poco propicio al reposo (ruido y otras formas de contaminación), y exacerbación de la espiral consumista, que lleva a trabajar más para comprar más cosas, a veces inútiles e incluso perjudiciales.

La afluencia de enfermos preocupa a todos los sistemas de Seguridad Social, y en particular al inglés, que pasa hoy por la crisis económica más grave de su historia. Por ello tiene particular interés el estudio de D. R. Hannay y E. J. Maddox, efectuado en la Universidad de Glasgow, en el que han tratado de determinar en 1.344 enfermos la magnitud del "iceberg de la enfermedad", esto es, el número de trastornos que se deberían consultar al médico, sin que ello se haga por uno u otro motivo, y la importancia de la "trivialidad", es decir, de los trastornos que no exigen el contacto con el médico. El 23 por 100 de todos los sujetos comprendidos en el estudio presentaban por lo menos un síntoma para el que no habían buscado la intervención del médico, mientras que no llegaba al 10 por 100 la proporción de pacientes que sometían a la atención profesional un síntoma al menos que, según su propia evaluación, no tenía mucha importancia. En otros términos, la cuantía de los trastornos no declarados era, en los distintos grupos estudiados, dos a tres veces mayor que la magnitud de la sintomatología trivial consultada con el médico.

La existencia de síntomas no consultados y de otros consultados de carácter banal sugiere la existencia de un conflicto de expectativas entre el enfermo y su médico. El paciente calla ciertos trastornos que a él mismo le parecen importantes porque piensa quizá que el médico no podrá aliviarlos, mientras que el propio tiempo distrae la atención del profesional con síntomas que podría silenciar. Sin duda hay en todo ello una grave carencia de educación sanitaria, una de las facetas más descuidadas de la salud pública y sin duda una de las más necesarias. ■

IN-VER-76



¿No se da Vd. cuenta de lo que sucede con la mayoría de sus amigos? .

De como van perdiendo su cabello poco a poco y no pueden evitar la caspa.

¿Ha pensado que quizás no usan el producto adecuado? .

Un producto que tenga como base el azufre y por tanto aporte los elementos indispensables para la vida y salud del cabello.

Un producto con acción reguladora a través de los extractos vegetales que contiene.

Si quiere prevenir la caída del cabello o tiene caspa...

Loción de Azufre **Veri** Más le vale.