Cambios en el entorno del trabajo médico

Jorge Jiménez de la Jara*

Changes in the environment of medical practice

Changes in medical practice have been very deep in the last 50 years. These changes have happened together with other external variations in the economy, demography, culture and information, generating a sense of uneasiness and unhappiness among the medical profession. This problem is visible when interviewing clinicians in a wide range of medical settings, independently of their contractual arrangement. The medical work model in Chile has changed from a situation in which there was a sole employer, the National Health Service, one single training school, the University of Chile, and a small minority of powerful and influential intellectual leaders. At the beginning of the XXI century, there are several modes of medical work, distant and unconnected among them. On the other side of the problem many factors add complexity, such as the demographic and epidemiological transition, technological advance, the dual rich-poor medical care, the emergence of malpractice procedures and the new, better informed and more demanding medical consumer. On top of this, different health care systems reform initiatives appear, providing more uncertainty to a nearly unbearable situation. This bibliographic review shows us that similar feelings are experienced in advanced countries and in developing societies such as Chile (Rev Méd Chile 2004; 132: 637-42).

(Key Words: Health care quality, access, and evaluation; Health care reform; Health care surveys; Practice guidelines)

Recibido el 25 de noviembre, 2003. Aceptado el 20 de enero, 2004.

*Master of Public Health, Johns Hopkins University. Profesor Adjunto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Ex Ministro de Salud de Chile.

Pocos ambientes profesionales han cambiado más dramáticamente que el de la medicina en los últimos 50 años. El desempeño de los médicos al interior de una sociedad y un sistema de salud está condicionado fuertemente por su entorno. Los cambios del entorno, sumados a los conjuntos de valores y tradiciones, pueden generar una crisis o desajuste que repercutirá en la percepción que los médicos tienen de su profesión, en la satisfacción profesional y en la estabilidad de su desempeño.

Muchos de los cambios que podemos identificar son objetivos y visibles, otros menos evidentes y sutiles.

A los cambios propios de la población y su patrón demográfico y epidemiológico, se une el fabuloso desarrollo tecnológico y consecuente encarecimiento de la medicina. Como una consecuencia aún no debidamente estudiada ni reflexionada, sobrevienen a estos cambios una transformación drástica en el ambiente del desempeño de la profesión médica.

Sólo recién, a comienzos del siglo XXI, estamos empezando a ver y a sentir la magnitud y las consecuencias de este cambio, cuya dinámica se acelera al ritmo de reformas y contrarreformas de los sistemas de salud en todo el mundo.

Las transformaciones que afectan el desempeño médico nacen claramente en una crisis de la salud y la medicina, cuyos elementos es preciso, al menos, conocer para poder reflexionar e investigar mejor la posición de los actores principales, los médicos. Algunos de los cambios que afectan a la práctica médica están lejos o fuera del alcance directo de los médicos, otros están más cerca o al interior mismo de la práctica médica. En todo caso, las distinciones no pueden ser nunca definitivas, ya que se trata de fenómenos muy relacionados.

CRISIS EN LA SALUD

La llamada «crisis de la salud», en su concepto vulgar de fenómeno mediático, político y social, ocupa desde hace al menos un par de décadas, largos y permanentes espacios en los medios masivos y también en las publicaciones cultas.

La primera sistematización de este asunto fue comunicada a mediados de la década del 70 en un libro pionero en la materia: *«Doing better and feeling worse: Health in the United States»*, editado por John Knowles, es decir «Haciéndolo mejor pero sintiéndose peor»¹.

Desde hace cerca de veinte años hay conciencia explícita de que la capacidad de curar enfermedades es inédita y espectacular, que los niveles de salud en el mundo son los mejores de la historia, pero que al mismo tiempo el sentir colectivo y también el de las personas es el de sentirse peor en materia de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha contribuido en buena parte a esta contradicción no resuelta con su utópica y amplia definición de salud como «el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad»². El progreso real y evidente de la medicina, por su parte, ha hecho mucho más visible para las grandes mayorías la posibilidad de controlar las enfermedades, evitar el dolor y aplazar, si no negar, la muerte.

La salud pasa a ser sinónimo de felicidad, y como la felicidad es ocasional, algunos ironizan que esa definición de salud es casi una forma de locura. Por ello, la frustración ante las promesas que no se cumplen, pasa a ser lo que predomina³.

La revolución de la información más reciente, con el uso del satélite y de las computadoras para la transmisión de datos e imágenes, ha llevado a los hogares y a las personas el mensaje de esta nueva capacidad casi infinita de curar, creando grandes expectativas.

No han faltado las críticas más que necesarias a esta medicalización excesiva de la sociedad occidental, especialmente la de Iván Ilich con su *«Némesis Médica»* de 1974⁴. Para Ilich, la medicina ha invadido campos que son propios de la vida y la cultura tradicional, creando una nueva enfermedad o síndrome que él llama Némesis Médica. Dice el autor: «Al transformar el dolor, la enfermedad y la muerte de un desafío personal a un problema técnico, la práctica médica expropia el potencial de la persona de enfrentarse con su condición humana en una manera autónoma y se transforma en una nueva forma de no-salud (o enfermedad)».

En tiempos recientes, esta insatisfacción con la excesiva medicalización, ha llevado a que en Estados Unidos de Norteamérica (EUA) se consuman tantas consultas médicas comunes o científicas, como de la llamada medicina alternativa, cerca de 700 millones de consultas anuales.

Observado desde fuera, este fenómeno tiene al menos dos componentes importantes en lo que a sistema de salud y medicina se refiere:

Primero, la crisis del sistema de salud, que es más visible en los países que gastan más dinero en ellos, como los EUA, con 15% del PGB anualmente y muchos problemas sin resolver. Pero también es dramática en aquellos que gastando poco o adecuadas cantidades, también enfrentan la crítica de su público objetivo. Por último y como gran tema de la salud pública mundial, está la crisis de los sistemas de salud en la pobreza y la inequidad.

Segundo, la crisis de la medicina, y en particular la de los médicos, cuya posición frente a la sociedad es cada vez más compleja y desajustada. Por otra parte, los médicos cada vez más exitosos en el manejo de sus técnicas sofisticadas, son menos capaces de responder adecuadamente a su papel de consoladores solidarios de sus pacientes. Esta sensación de omnipotencia tecnológica con impotencia humana, constituye otra vertiente de la crisis de la medicina.

DESAJUSTE ENTRE NIVEL DE SALUD E INCREMENTO DE COSTOS

De la crisis de la salud, podemos distinguir al menos dos elementos externos, el cambio demográfico y epidemiológico y el incremento en los costos.

En general, en el mundo, la caída de la mortalidad temprana, infantil y del adulto joven, ha llevado a una transición demográfica evidente que se muestra en que la mayor parte de las muertes pasaron de ocurrir en los primeros años de vida, a las edades adultas⁵. Este cambio está fuertemente asociado al desarrollo socioeconómico y también a las intervenciones masivas y eficaces de la salud pública. En consecuencia, la práctica médica cambia hacia aquellas enfermedades que predominan después de la transición, las crónicas, el cáncer y los accidentes.

La experiencia mundial indica que, el incremento de costos en la medicina ocurre con mucho mayor velocidad que con el resto de los bienes de consumo o de capital. El caso más dramático es el de EUA, en donde, en sólo 15 años, se ha llegado de 10 a 14% del PGB con una proyección de 17% para 2011, la cifra *per capita* es de US\$ 4.600 por año y el gasto total es la indescriptible cifra de US\$ 1.300 billones, es decir 18 veces el producto geográfico bruto anual de Chile⁶.

Los países europeos, con medicina predominantemente socializada (seguro o fondo público único con prestadores más o menos abiertos en competencia), tuvieron también alzas promedio de un par de puntos entre 1970 y 1990, de 4,5 a 8,5% o más. En el caso de Chile, hemos subido de 5 a 7% sólo en los últimos 10 años, entre 1990 y el 2000.

El incremento en los costos se debe especialmente a las alzas en tecnología, medicamentos y otros bienes de capital. Las remuneraciones o porcentajes de gasto en recursos humanos no han tenido la misma velocidad de crecimiento.

En Chile, la expresión más visible de este incremento en los gastos es la llamada deuda hospitalaria, que se discute todos los años junto con un clamoroso llamado a mejorar la gestión desde todas partes. Más aún, para algunos especialistas, el gasto en salud ha pasado a ser un tema macroeconómico, por lo tanto se hace patente la

necesidad de intervenir desde fuera. Y ello, naturalmente, crea las tensiones conocidas entre la economía y la medicina, la medicina y la política.

CRISIS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Si se analiza el ámbito más cercano a la práctica médica, se puede concluir que ésta también enfrenta serias transformaciones y una sensación fuerte de crisis. Los elementos que pueden ser identificados en el cambio más inmediato del entorno del trabajo médico son los siguientes:

- Avance tecnológico acelerado
- Modelo de trabajo médico cambiante
- Error médico y judicialización de la medicina
- Exigencias de mejor gestión y productividad
- Usuarios con expectativas mayores y expectativas frustradas
- Reformas permanentes al sistema de salud

Avance tecnológico. La medicina, desde disciplina eminentemente humana y práctica de un arte, se ha transformado radicalmente en una tecnología aplicada, física, biológica y molecular, cada vez más cerca del laboratorio, pero a la vez más lejana al dolor y al sufrimiento humano. Y si no lejana, cada vez menos capaz de comprenderlo y enfrentarlo eficazmente.

Los avances son extraordinarios en todos los ámbitos del diagnóstico y la terapéutica. No hace falta referirse a los instrumentos de imagen que permiten ver detalles ínfimos, normalmente invisibles al ojo desnudo, en tres dimensiones y en movimiento. La cirugía mínimamente invasiva, como la de laparoscopia abdominal en el caso de la extracción de vesículas calculosas, es una realidad en el mundo y en Chile desde los años 90.

La práctica médica es radicalmente diferente por efecto del avance tecnológico: por una parte, está la hiperespecialización, atomización y pérdida del sentido integrador de la medicina tradicional. Sometimiento a criterios externos, particularmente aquellos relacionados con la gestión económica de la innovación tecnológica, por otra⁷.

Cambios en el modelo de trabajo médico. No sabemos con certeza el número de médicos que hay en Chile. Se estima que podrían ser entre 20 y 23.000⁸. De ellos, 10.000 están con algún contrato

en servicios del Ministerio de Salud, de los cuales 2.200 pertenecen al llamado Ciclo de Destinación. Los médicos contratados por las municipalidades, en sus consultorios de atención primaria son 1.643. Dentro del total de los médicos 12.000 han sido certificados como especialistas por CONACEM. Por lo tanto, de los 23.000 médicos, la mitad está en el sector público y la mitad en el sector privado. El número de médicos extranjeros oscila entre 1.500 y 3.000 y de ellos no hay registros confiables. La distribución por género no es conocida, los ingresos promedio son secreto de estado, salvo en los sueldos del sector público, que varían según años de profesión y lugar de trabajo.

Más allá de esta carencia de información, sin embargo, podemos decir que los médicos están cada vez más aislados en verdaderos «ghettos» que tienden a separarse cada vez más.

Las estructuras creadas a inicios de la década 1950-59, que unificaron, no sólo las estructuras de la salud pública dispersas, sino que alcanzaron un alto grado de integración con la entidad formadora principal, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, dieron a la práctica médica una estabilidad añorada y envidiable. Entre otras cosas, esta situación se fundaba en la presencia de figuras paternas fuertes y poderosas. Estas figuras y élites generaron cambios culturales extraordinariamente bien perfilados. A fines de los años 70 estaba claramente constituido un tipo de médico con respeto a la jerarquía académica de sus pares y una fuerte vocación social. El contrato social era claro entre las Facultades de Medicina hoy llamadas tradicionales, el Estado con su servicio público de salud en proceso de expansión, las agrupaciones científicas y gremiales muy integradas al desarrollo de este modelo. Las grandes figuras de esta medicina nacional transitaban con gracia y presencia entre la clínica, la ciencia básica y la política.

Hoy, nada de eso existe. Sólo se mantienen en pie algunos remedos institucionales y viejos nostálgicos de los tiempos pasados. Los médicos jóvenes no desean participar de la vieja utopía de la cruzada social, consideran que con el sacrificio de estudiar y perfeccionarse mediante su propio

esfuerzo y pago, están libres de cualquier otro compromiso.

Los médicos que se han transplantado a la práctica privada exclusiva, tratan de replicar el modelo en sus clínicas, creando instancias académicas, reuniones clínicas, realizando cursos, o asociándose con nuevas escuelas de medicina. Es la nostalgia por el trabajo entre pares, pero en un escenario en que la condicionante económica es fundamental, tanto en la diferencia como en la segregación. Es otro mundo, más desarrollado pero, a lo mejor, menos místico. Ya no se sabe cuál es el héroe de hoy, ese profesor o el modelo que los jóvenes admiran y que quisieran imitar.

Error médico: mito y realidad. Lo que en estos días la prensa llama «negligencia médica» a raíz de algunos casos clamorosos y discutidos, recibe en la literatura científica y médico-legal, el nombre genérico de «error médico». Ello no es una forma de disminuir su importancia sino que, más bien, una denominación que busca incluir todas las posibles causas y no solamente una, es decir aquella atribuible a culpa del profesional médico.

El error médico es mucho más frecuente que lo que la opinión pública sabe. Un informe reciente del Instituto de Medicina en Estados Unidos, le atribuye ser la causa de muerte de entre 45.000 y 90.000 personas al año, situándose por encima de los accidentes de carretera, cáncer de mama y SIDA⁹. Es decir, este asunto es un problema de salud pública por su relevancia epidemiológica y no hay razones para suponer que en países como el nuestro el fenómeno sea radicalmente distinto, ni menor ni mayor. Si extrapolamos las cifras, en Chile podría estimarse entre 1.500 y 3.000 sobre un total de 80.000, las muertes atribuibles a esta particular razón.

La exaltación de este tema ha llevado a cifras crecientes de querellas y demandas ante los médicos y los sistemas de salud. Sólo en los servicios públicos de salud se acumulaban al año 2.000, demandas por 32.000 millones de pesos. Las transacciones extrajudiciales estaban, en promedio, entre los 120 y 130 millones de pesos por casos con resultado de muerte ocurridas en hospitales públicos*.

* Información proporcionada por Asesoría Jurídica Ministerio de Salud de Chile, 2001.

Exigencias de mejor gestión. Es un lugar común escuchar hoy a todos decir que en salud, especialmente en el sector público, hace falta gestión. Se discute si los directores de los hospitales deben ser médicos o ingenieros. La mayor parte de los opinantes externos saben que hay que exigir, pero no saben cómo ni dónde. Se efectúan estudios de productividad sin ninguna sutileza. Y, claro, llegan a cifras dramáticas. El país gasta más pero no produce más acciones de salud, dicen¹⁰.

Los analistas ignoran que en el canasto de productos de un hospital existen, al menos, 500 grupos de diagnósticos relacionados con más de 5.000 prestaciones posibles de incluir en distintas proporciones.

Los sistemas de información clínica oscilan entre la ausencia y la exuberancia, los directores de hospitales no saben verdaderamente dónde están parados. Unos pocos establecimientos tienen sistemas de centros de responsabilidad y resultados, junto a ciclos de negociación presupuestaria contra metas de producción.

Los médicos que trabajan en el sector privado se están enfrentando cada vez más con la llamada salud administrada, que no es otra cosa que la aplicación de fórmulas que ya han sido ensayadas con éxito en sistemas públicos. Se establecen los médicos guardianes o selectores, los protocolos, los pagos controlados, el número máximo de prestaciones por patologías o diagnósticos, etcétera. De paso, los médicos pierden autonomía y los pacientes pierden capacidad de elección. ¿Cuánto de ello es bueno y deseable?, ¿cumplen con su objetivo?

La gestión de la medicina sigue siendo mucho más un desafío que una realidad.

Los usuarios: mayores expectativas, frustración de expectativas. El entorno y el escenario de la medicina es hoy, más que nunca, uno público, muy público. Los avances y los errores médicos se discuten en la televisión. Los propios médicos han aceptado ser parte de la farándula, discutiendo temas médicos propios de la consulta y de la relación médico-paciente en un set de televisión o ante el micrófono de una radio FM. Un médico puede mostrar los problemas y las soluciones del cuerpo y el alma con alto «rating». La medicina se encuentra al nivel de las telenovelas. Los programas de difusión médica y tecnológica, en evidente colusión con algunos proveedores, especialmente

las industrias farmacéuticas, promueven con sus médicos las últimas novedades de la farmacología y de sus eventuales efectos terapéuticos. Se produce así, una vez más, el fenómeno de inducción artificial de la demanda por servicios especiales, normalmente de alto costo. La calvicie, la disfunción eréctil, la fobia social, las molestias intestinales, y muchos otros factores de riesgo, pasan de un nivel de síntoma o de condición común, a la categoría de enfermedad. Se confirma así la frase, «hay una píldora para cada enfermedad y una enfermedad para cada píldora»¹¹. El paciente es cada vez más un consumidor de servicios, atento e inquisitivo, uno que no se somete a cualquier procedimiento que proponga su médico, requiere mayor información y oportunidades para ejercer su autonomía. Tiene expectativas de vivir mejor la tercera edad y aspira a mantener su salud por más tiempo¹².

Reformar la salud: un remedio imaginario. Desde hace un par de décadas, se le da el nombre de «Reforma de la Salud» a cualquier proceso de cambio. La palabra suena amenazante para los grupos o intereses establecidos en este sector complejo de servicios. Las iniciativas de reforma en los EUA, fundamentalmente motivadas por el exceso de gasto, llevaron a que los bancos de desarrollo, las autoridades monetarias internacionales y los pensadores neo-liberales, sobrepusieran a lo que se conocía como Desarrollo de Servicios de Salud o Políticas de Salud, el ampuloso nombre de Reforma de la Salud.

El privilegio de lo financiero por encima de lo que hoy se llama «los objetivos sanitarios», ha provocado en distintas partes del mundo mayores o menores grados de fracaso de ampulosas reformas de salud. Por otra parte, residuos de ideologismos utópicos, han tomado la necesidad de cambiar como un pretexto para retornar al pasado y hacer menos flexible todo el sistema de salud. El papel del Estado se reubica en una posición moderada¹³.

Conclusión: el malestar de los médicos. La hiperespecialización de la medicina, la fragmentación de la práctica, entre un mundo socialista y otro capitalista salvaje, un público cada vez más exigente e informado, llevan a la medicina a ser una práctica poco gratificante y poco considerada.

Los médicos tienen una gran sensibilidad para ciertos fenómenos y una muy escasa para otros. Están hipersensibles a los cambios del entorno más inmediato, pero poco perceptivos a otros cambios que ocurren y que les afectan igualmente en su estabilidad, satisfacción y capacidad de controlar la propia situación. Es probable que muchos cambios, algunos de ellos ya descritos, estén afectando más allá de lo que se cree y los profesionales están reaccionando más de lo necesario.

Hay un evidente malestar de los médicos y de la sociedad con ellos. El contrato social de la medicina parece estar cambiando y de este creciente desacuerdo, se generan no pocos conflictos y evidentes angustias.

Un editorial del *British Medical Journal* se ha preguntado por qué los médicos están tan descontentos¹⁴. La autoestima de los médicos está más bien baja. Su respuesta es que entre el médico y el paciente se ha desarrollado un contrato falso, con

supuestos falsos, muchas promesas imposibles y por lo tanto con ambas partes, médicos y pacientes, muy insatisfechos.

Frente a este panorama cabe preguntarse si los médicos son culpables o víctimas. Las opiniones están divididas, según sea el punto de vista.

Podrán ser considerados culpables, pues, por razones obvias, los médicos empujan el carro de la medicina, pero éste se escapa y muchas veces genera problemas secundarios de difícil manejo o peores de los que intenta resolver. Pero también tendrán la condición de víctimas, pues los médicos reciben la cuenta o se les declara culpables de todo lo que sucede y reaccionamos. Los médicos van a la guerra contra todos, se sienten asediados.

En todo caso, es evidente que se hace indispensable iniciar estudios más profundos sobre la profesión médica en este entorno de cambios tan acentuados, tanto para conocerlos mejor, como para proponer estrategias de sobrevivencia adecuadas.

REFERENCIAS

1. Knowles John H (ed): *Doing better and feeling worse: Health in the United States*, WW Norton & Company, 1977.
2. OMS, *Documentos Básicos*, 42ª edición, Ginebra 1999.
3. GREAVES D. The obsessive pursuit of health and happiness. *BMJ* 2000; 321: 1576.
4. ILLICH I. Nemesis Medica. *The Lancet* 1974; 7863: 918-21.
5. OMS. *Informe Mundial de Salud 1999*, Ginebra.
6. Agency for Health Care Research and Quality, <http://www.ahrq.gov./data/hcup/>
7. GOIC A. *El fin de la medicina*, Editorial Mediterráneo, 2000.
8. MINSAL, *Estimaciones y Datos de Oficina de RRHH*. 2002.
9. INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: Building a safer health system*, November 29, 1999.
10. RODRÍGUEZ J, TOKMAN M. *Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999*, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo n° 106, 2000.
11. MOYNIHAN R, HEATH I, HENRY D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
12. Cheskin Market Insight Series: Life Sciences Perspectives, The Emerging Healthcare Consumer, 2001.
13. VERGARA M. Dicotomía Estado Mercado en Salud, *Revista Estudios Sociales* n° 108, 2, 2001.
14. Unhappy doctors, Editorial. *BMJ* 2001; 322: 1073-4.