

EL MEDICO PARA CHILE EN EL SIGLO XXI. ALGUNOS PROBLEMAS Y DECISIONES QUE ENFRENTAR*

Cuad. Méd. Soc. Número extraordinario, 1995/ 37-42

*Dr. Carlos Molina Bustos***

En el extendido conjunto de interesados y especialistas en los temas de la Salubridad, que piensan que el sector salud chileno atraviesa una crisis estructural profunda, casi todos están de acuerdo en que los recursos humanos, su formación y producción, así como su desarrollo y realización, constituyen uno de los factores principales de tal crisis.

De ello se desprende que es principal abordar el tema de la definición y obtención del médico necesario para el país, con perspectivas de alcance estratégico.

Ello implica examinar, con sentido crítico:

- La Educación Médica, entendida como el proceso de producción de médicos, con todos sus rasgos y complejas relaciones.
- Las características del trabajo médico, en especial desde el punto de vista institucional.
- Las formas y normas como ambos elementos se relacionan y articulan actualmente, así como las definiciones y políticas que configuran los escenarios en que se relacionarán hacia el horizonte estratégico.

Este rigor de análisis resulta indispensable, si admitimos que los elementos enunciados son decisivos en la conformación de la respuesta social ante las necesidades y problemas de salud de la población nacional, considerados individual y colectivamente.

Un primer acercamiento a la información disponible nos revela que en los últimos 20 años la proporción de médicos ligados de alguna forma contractual al sector público ha disminuido del 95 a menos del 50%, existiendo algunos datos que hacen llegar esta cifra a más o menos el 35%.

Paralelamente, el volumen de médicos titulados ha disminuido entre 1983 y 1992, en una proporción del 27,7%. En la Universidad de Chile la disminución de titulados es de 47,7%. Se ha producido además entre 1963 y 1993 una disminución del total de vacantes del primer año de las Escuelas de Medicina del 11,5%. Especial atención debe ponerse al hecho de que en el mismo período esta disminución en la Universidad de Chile se eleva al 30%. Todo ello, a pesar de los discretos incrementos en algunas de las otras Escuelas de Medicina.

Es posible constatar, además, que las vacantes de primer año de medicina no tienen relación proporcional con el número de vacantes por región. Además, a pesar del desarrollo de Escuelas de Medicina en las regiones, no hemos encontrado evidencia publicada que demuestre el origen regional de los estudiantes de tales Facultades de Medicina.

Así las cosas, la relación habitantes por médico se mantenía en 1993 en 918 como promedio nacional, con un rango que podríamos llamar de

* Este trabajo fue presentado como ponencia del Directorio de la Sociedad Chilena de Salubridad en la sesión ordinaria celebrada el 25 de octubre de 1995, con asistencia de los Decanos de cinco Facultades de Medicina, en el Salón de Honor de la I. Municipalidad de Santiago.

** Vicepresidente Sociedad Chilena de Salubridad.

inequidad que va de 614,8 en la Región Metropolitana a 2.450,1 habitantes por médico en la VII Región.

En síntesis, la relación nacional habitantes por médico se mantiene en cifras moderadamente aceptables, con una distribución claramente inequitativa sin que hasta ahora las Escuelas de Medicina de las regiones incidan directamente en los indicadores regionales.

Estamos entonces frente al riesgo de una tendencia mantenida a la disminución de los médicos en el país, de no mediar decisiones concretas en el sentido contrario a lo observado.

A estos elementos cuantitativos debemos agregar la percepción generalizada en la mayor parte de la población usuaria de los servicios médicos, así como de las instituciones públicas de salud, de un desajuste entre las capacidades, habilidades y en la disposición de servicio público que se esperan del médico y la evaluación que se hace de su comportamiento. Nos parece que este desajuste se agrava en el sector público y respecto de los grupos poblacionales con mayores necesidades económico-sociales amenazando severamente la expectativa del liderazgo médico en la conducción de la respuesta social ante el proceso salud-enfermedad. Este desajuste, nos parece que alcanza a la autopercepción de los médicos, en especial de los médicos jóvenes, sobre su propio desarrollo y su imagen de eficacia social.

A este primer desajuste señalado se agrega otro: prácticamente todas las Escuelas de Medicina señalan como su objetivo la formación de un médico general no especializado, sólidamente formado en los aspectos científicos y sociales, éticamente fuerte, capacitado para enfrentar, en tanto parte de un equipo de salud, los problemas fundamentales más frecuentes de salud-enfermedad en los individuos y en los grupos poblacionales. En algunas Escuelas de Medicina se hace explícita, como parte del objetivo, la capacidad del médico para ser un factor de desarrollo de la estrategia de atención primaria.

No obstante estas definiciones explícitas y frecuentemente publicadas, todos constatamos que no es así. El liderazgo médico, en la conducción de la respuesta social de salud, está cuestionado.

Sintetizamos diciendo que este desajuste principal, que constituye preocupación central de nuestra Sociedad, se asienta en la insuficiencia de la definición precisa de los objetivos actuales de la Escuela de Medicina, considerada como la institución responsable del proceso de producción de médicos.

Tal vez valga la pena preguntarse si es posible o no que la Escuela de Medicina actualice y precise su objetivo principal, sin el concurso fundamental y permanentemente asociado del Estado, como expresión de la sociedad organizada política y civilmente. Si es posible o no que la Escuela de Medicina pueda saber qué médicos formar sin la participación activa y orientadora de las instituciones responsables del trabajo médico.

A nosotros nos parece que el objetivo principal de la Escuela de Medicina no podrá lograrse en resultados efectivos y eficaces si la Escuela de Medicina no se articula debidamente con las políticas y estrategias nacionales de salud y con el Modelo de Atención de Salud deseado y expresado tanto en la estructura y organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud como en las dotaciones de recursos médicos y otros que lo hagan posible.

Más allá de los enfoques teóricos que se han disputado la explicación de las características de la educación médica a lo largo de la historia, uno de los desafíos fundamentales del proceso de producción de médicos está determinado por la subordinación de ella a la estructura predominante en la sociedad en que se desarrolla en cada momento de la historia, relacionándose así con diversos procesos sociales y, de un modo muy principal, con las formas que asume el trabajo médico.

Por otro lado, todos los Modelos de Atención de Salud vigentes en el mundo actual son el resultado de las historias nacionales de los sistemas políticos y de los niveles de desarrollo económico y social y los sistemas de salud son también el resultado de las confrontaciones, consensos y ajustes entre los distintos actores sociales que intervienen en la respuesta social de salud (corporaciones médicas, grupos de interés, sindicatos médicos, etc.).

Por lo tanto, a nuestro juicio, la articulación de los objetivos de la Escuela de Medicina (proceso de producción de médicos) y el Modelo de Atención de Salud nacional vigente constituye una tarea actual ineludible y muy precariamente abordada aún.

No obstante, la Sociedad Chilena de Salubridad estima que, en la realidad social del Chile de hoy, situado en el marco de una economía mundial globalizada, de un desarrollo acelerado del conocimiento, de la tecnología y de las comunicaciones universales, debemos abordar explícitamente hoy día la superación de la disociación entre los procesos de producción de médicos y el trabajo social médico contemporáneo.

No olvidemos que sólo aprenderemos lo que hacemos y que sólo cuando usemos nuestro conocimiento lo podremos relacionar con otro conocimiento.

Todo ello, si queremos un médico capaz de la autopoyesis de su saber, que supone la confrontación práctica entre el método científico aprendido en la Escuela de Medicina y la diversa realidad de problemas de salud-enfermedad de los individuos y de los grupos de población, que le permite el trabajo médico contemporáneo.

Innumerables son las publicaciones que expresan los debates y las reflexiones de los académicos en distintas jornadas y seminarios de formación y educación médica, en todo lo que va corrido de la segunda mitad de este siglo.

Destacables en este marco son los esfuerzos por las modificaciones curriculares del pregrado arrancadas de la necesidad de superar la contradicción entre el médico que se dice querer producir y la desinserción del médico del ámbito actual de las necesidades de la mayoría de la población y de la mayoría de los servicios en los que desarrolla su trabajo médico.

En nuestras Escuelas de Medicina constatamos reformas en gestación y modificaciones curriculares en curso, que entendemos orientadas a la flexibilización de los programas de estudio para obtener los balances equilibrados entre ciencia y humanidades, entre las demandas sociales y las demandas individuales, entre la curación y la prevención, entre enseñar y aprender, entre teoría y práctica, entre el costo de la educación médica y su rentabilidad social, entre la salud y la enfermedad. Todo ello, en el marco actual del creciente y abrumador volumen de conocimientos y desarrollos tecnológicos, que hacen imposible hoy día que la Escuela de Medicina pueda calificar un médico de acuerdo a la ley inglesa de principios de siglo, que imponía al recién graduado la necesidad de "poseer el conocimiento y arte requeridos para una práctica eficiente de la medicina, la cirugía y de la obstetricia". Ojalá pudiéramos constatar que asistimos al moderado renacimiento que está en curso en EE.UU. y en el mundo en materia de formación médica y del que recientemente nos hablaba el Prof. Alberto Galofré.

Los programas de estudio deben equilibrar también sus propósitos con su duración, asumiendo que hoy día lo principal parece ser la formación de un médico autopoyético, es decir capaz, desde su método, de generar, reproducir y multiplicar su conocimiento en el desarrollo continuo de su formación permanente. Comprendemos que la dis-

cusión entre Galeno y Tesalo, respecto si para formar un médico se necesitaban 11 años según el primero o 6 meses según el segundo, continúa abierta.

La Sociedad Chilena de Salubridad piensa que esta discusión abierta propia de lo académico es necesaria, pero que sólo puede ser resuelta, para una época y para una situación, con la participación organizada del Estado y la sociedad civil.

La respuesta social de salud es un todo y la formación médica en las Universidades sólo puede ser parte de ella.

Cada vez parece más clara la necesidad de la incorporación permanente a la formación médica de las ciencias sociales, no sólo en el campo de sus límites tradicionales, sino en la definición de desarrollos propios de la sociología médica y de la sociología de la salud, a ver si logramos en el corto plazo despojarnos de las viejas concepciones de Sydenham, que le asigna a las enfermedades el carácter de entidades con límites propios que operan como símbolos conceptuales que, mantenidos hoy día, necesariamente deforman las bases del entrenamiento médico.

A ver si logramos, reencontrando el camino truncado de Virchow, avanzar en las nuevas concepciones de la relación salud-enfermedad como una unidad bipolar, expresión de la vida, como un proceso que es parte constitutiva de la sociedad, ligado con sus propias especificidades a la transformación de la naturaleza y de la sociedad, producidas permanentemente para satisfacer las necesidades humanas. Este proceso salud-enfermedad, que constituye una traducción a lo particular del proceso general de la vida social, tiene lugar en individuos, en comunidades y en grupos poblacionales concretos, con una dimensión histórica ineludible, es decir, en espacios y tiempos concretos.

Estudiar la situación de salud-enfermedad de un grupo poblacional dado significa, a nuestro juicio, abordar de manera unitaria un conjunto de fenómenos particulares y específicos que son producto de la forma compleja de la vida y que no pueden ser aislados del resto de las manifestaciones de ella y de las condiciones de vida de dicho grupo poblacional.

A ver si avanzamos en estructurar como marco de la formación médica la idea planteada por el Prof. Henry Cohen en la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica celebrada en Londres en agosto de 1953, en el sentido de que la enfermedad debe ser considerada como una desviación de la normalidad. A ver si recuperamos

las relaciones unitarias entre la Fisiología y la Patología, entre la mente y el cuerpo, entre lo individual y lo colectivo, entre la Psicología y la Sociología.

Entre los interesantes desarrollos que se están trabajando en nuestras Escuelas de Medicina, nos parece interesante agregar los esfuerzos por sembrar en la formación médica las bases científicas y éticas para la humanización del trabajo médico y, en este sentido, nos parece muy interesante que se desarrollen tendencias hacia la centralización del currículum, del presupuesto y de la evaluación en las Direcciones de las Escuelas de Medicina, por encima de las tendencias pasadas que privilegiaron la autonomía de los departamentos especializados. En este sentido, nuestra Sociedad se atreve a plantear la sugerencia de viabilizar la integración de los primeros años de la formación médica en ciclos básicos comunes con otras profesiones universitarias del campo de la salud. Entendemos que esto puede afectar situaciones de poder, pero nos parece que ofrece interesantes expectativas de humanización del trabajo médico y de fortalecimiento real del trabajo multidisciplinario en equipos de salud, único posible hoy día en el marco del desarrollo actual del conocimiento.

Debemos destacar también el valor que tiene a nuestro juicio la conciencia académica crítica en relación a la necesidad que la sociedad se resuelva, explícitamente, a financiar adecuadamente los costos reales de la enseñanza de la Medicina y de su reproducción, al margen de su contaminación con la venta de servicios directos al mercado.

Recientemente se comunicó en la Universidad Católica que el costo real de la enseñanza de la medicina en esa Universidad es 3 ó 4 veces superior al arancel que pagan los estudiantes. Nos parece de un profundo significado que nuestras Escuelas de Medicina expliciten estos problemas.

Si para la nación es importante la formación médica, la nación organizada debe financiar los costos reales de la formación médica, en los cauces de calidad que hoy día impone el desarrollo científico; debe velar por el desarrollo de condiciones de trabajo docente, íntimamente ligado a la asistencia, que nos permitan disponer, cada vez más, del tiempo de nuestros mejores profesionales para que se dediquen a la reproducción del saber médico, al servicio de la salud de nuestra población.

No tomar estas decisiones significaría trasladar el financiamiento de la formación médica a

la población y con ello aumentar los cauces de la inequidad que nos aqueja y amenaza.

En este proceso de búsqueda en que se encuentran nuestras Escuelas de Medicina nos parece indispensable que ellas creen canales, permanentes y metodológicamente válidos, que les permitan recibir el feedback de la sociedad respecto de la pertinencia y cualidades del médico que estas Escuelas le proporcionan a la sociedad. Investigar científicamente la opinión de la población usuaria de los servicios del médico, así como la opinión de la sociedad civil organizada, deberá permitirle a la Escuela de Medicina mejorar sus evaluaciones.

En las conclusiones de nuestras VII Jornadas Chilenas de Salubridad sobre el tema, concluimos que para abordar el tema de la formación médica y demás recursos humanos era necesario contar como referencias básicas con:

- El plan de salud para el país
- La estructura y organización de los servicios
- La consecuente formación de los equipos de salud.

La política de recursos humanos debe tener por objetivo asegurar la disponibilidad y calidad de los recursos médicos y otros requeridos para la atención, estar orientada a optimizar el funcionamiento de los equipos de salud y el recurso médico, en particular, habilitado para cumplir las diversas funciones que el Modelo de Atención médica vigente le asigne.

En este orden de cosas, el estudio del recurso médico para la salud debe comprender las respuestas necesarias referidas a dos capítulos que consideramos permanentemente interdependientes, en cada situación histórica. Estos son:

- Lo que se refiere a la formación de médicos y a su desarrollo profesional permanente.
- Lo que se refiere al marco jurídico institucional y reglamentario que norma la carrera funcionaria a través de la cual se ejerce el trabajo social médico.

Básico es definir entonces un Modelo de Atención de Salud que dé marco y acote la tarea universitaria de formación médica. ¿Para qué Modelo de Atención, para qué conjunto de diversidades de funciones médicas, en qué cantidad, medida y lugar necesitamos los médicos para el Chile del siglo XXI?

El problema es complejo y desde nuestro punto de vista se hace necesario discutir el concepto de Modelo de Atención, discusión que nos parece no haber concluido en el país con los resultados debidos.

Nosotros, en la Sociedad Chilena de Salubridad, entendemos por Modelo de Atención el conjunto de principios doctrinarios en torno a los cuales se organiza y articula la respuesta social de salud, frente a las necesidades y los problemas de salud de la población. Así, Modelo de Atención es el conjunto de abstracciones que organizan las variables, interrelaciones y especificidades de la práctica humana, operando sobre el proceso salud-enfermedad conforme a deseos y fines preestablecidos.

Si somos rigurosos, la precisión de un Modelo de Atención condiciona la misión y las características básicas del Sistema de Salud necesarias para hacer realidad el Modelo concebido, así como el resto de la respuesta social de salud que genera el cuerpo social.

Son éstas las definiciones y orientaciones que estimamos básicas para que la Escuela de Medicina pueda, en cuanto parte del cuerpo social generadora de parte de la respuesta social de salud, acabar de definir con precisión el producto médico, tanto en sus características de pregrado como en sus particularidades de postgrado y posttítulo, necesario para que el Modelo de Salud concebido opere.

Nosotros consideramos que el Modelo de Atención que se ha impuesto en Chile en el último período de nuestra historia es distinto del que tuvo vigencia hasta los 70 y difiere mucho del que nosotros estimamos necesario implantar y desarrollar.

Nos inclinamos hacia la definición e imperio de un Modelo de Atención para el Chile próximo, basado en la vigencia permanente de:

- La integralidad en todas sus vertientes, de acuerdo a los estudios y desarrollo de la teoría de la salud pública.
- La solidaridad, en especial en la estructuración de los deberes y los derechos con el conjunto social.
- La universalidad: alcanzar a todos los ciudadanos en toda su temporalidad existencial, su diversidad geográfica y en todos sus grados de complejidad.
- La participación: indispensable para el conocimiento del perfil epidemiológico de problemas de salud e inexcusable, a nuestro juicio, para el control social de la gestión.
- La equidad: entendida como el principio rector de igualdad de trato técnico y humano ante el mismo riesgo, en toda situación y por encima de cualquiera consideración.
- No discriminación: la salud concebida como

un derecho humano individual y colectivo, de modo que la operación del nuevo Modelo garantice la prevención y control de toda forma de discriminación humana.

En nuestra opinión, para el Modelo de Atención de Salud que proponemos es necesario perfilar y precisar el sistema de salud correspondiente. No se trata de cualquier sistema de salud. El Modelo de Atención definido condiciona el sistema de salud necesario para su operación.

Para el Modelo de Atención que nosotros proponemos se requiere un sistema de salud en el que estén clarificadas y predefinidas las funciones de los médicos, en todo el árbol de complejidades que ello significa y con ello, definidas las dotaciones de médicos y demás recursos humanos, para los diversos tipos de establecimientos, según niveles de complejidad y organización de las redes asistenciales, que cubran el territorio y las poblaciones de sus ámbitos.

Como se puede apreciar, se trata de una tarea larga que adquiere necesariamente el carácter de un proceso, cuyo primer protagonista debe ser el Ministerio de Salud que, sobre la base de las definiciones previas recientemente propuestas, debería formular y ejecutar una política nacional de formación y desarrollo de los médicos y demás recursos humanos, entregando a la Escuela de Medicina el perfil necesario del médico que satisface los requerimientos del Modelo de Atención deseado.

Junto a ello, este proceso requiere la adecuación del marco legal y reglamentario para hacer posible la vida médica y su desarrollo, permanentemente al servicio del Modelo de Atención decidido.

Estas cosas requieren de un modo principal, a nuestro juicio, la recuperación por parte del Sistema Nacional de Salud de su responsabilidad en la formación y desarrollo de sus recursos humanos, particularmente de los médicos, de modo que la integración permanente en todos los niveles de lo docente y lo asistencial contribuya a la superación de la brecha entre formación médica y trabajo médico.

Queda claro a nuestro juicio, de todo lo expuesto, que nuestra imagen objetivo del médico necesario para el siglo XXI requiere de cambios y ajustes tanto en la Escuela de Medicina como en el Estado y sus principales instituciones de trabajo médico, pero también queda claro que se hace necesario volver a reunir los ánimos, lo que alude al alma mater universitaria y al histórico espíritu de servicio de las instituciones.

Al decir del Rector de la Universidad de Chile para que haya reunión de los ánimos es preciso tener una casa donde reunirse. Estamos de acuerdo con él, cuando dice que a esta casa la podemos llamar Nación, en su contenido de identidad colectiva y pertenencia social. Nuestro desafío entonces, con los ánimos reunidos en la Nación, pasa

por nuestra capacidad de imaginar y cumplir una Política de Estado que nos pueda ofrecer como su fruto principal el médico que Chile necesita para el siglo XXI.

No nos olvidemos que siempre son muchos más los que renuncian que los que fracasan.