

El médico en una nueva encrucijada

Physicians at a new crossroad

Dr. Oscar Román ¹

RESUMEN

El médico actual se ha visto enfrentado a una serie de cambios en su accionar profesional. Destacan las enfermedades emergentes, el aumento de la sobrevivencia, la frecuencia mantenida y a veces en aumento, de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, y los cambios socioculturales y de autonomía de los pacientes y de su entorno familiar. Estas nuevas realidades contrastan en su enfrentamiento y manejo con las orientaciones clásicas referidas únicamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Ésta última rutina no ha sido capaz de reducir la mortalidad general de la población en forma significativa y se plantea que es el momento de intensificar las acciones de promoción y prevención de las enfermedades como una acertada forma de hacerlo. El nuevo médico que se debe formar tiene que ser capaz de enfrentar este desafío con conductas y manejo psico-social y apoyado en sólidos principios éticos que refuercen y mejoren la relación médico-paciente.

Palabras Clave: *Atención al paciente, Relaciones Médico-Paciente*

ABSTRACT

The current physician has met faced a series of changes in his professional activity. Stand out the emergent diseases, the increase of the survival, the supported frequency and sometimes in increase, of the chronic not transmissible diseases and his factors of risk, and the sociocultural changes and of autonomy of the patients and of his familiar environment. These new realities contrast in his clash and managing with the classic ones orientated to the diagnosis and treatment of the disease of the patient. This routine has not been capable of reducing the general mortality of the population in significant form and there is thought that it is the moment to intensify the actions of promotion and prevention of the diseases.

The new physician who must be formed, must be capable of facing this challenge with conducts and managing psico-social and rested on solid beginning ethically that reinforce and improve the relation medical-patient.

Key words: *Patient Care, Physician-Patient Relations*

Recibido el 23 de mayo de 2017. Aceptado el 25 de agosto de 2017.

¹ Profesor de Medicina Universidad de Chile. Correspondencia a: or.alemany@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Hace 40 años, trabajando con el Prof. Elías Motles, neumólogo, en el Laboratorio Broncopulmonar y Cardiovascular del Hospital San Borja, atendíamos y estudiábamos a pacientes crónicos con Enfermedad bronquial obstructiva (EPOC), Silicosis, Neumoconiosis y otras afecciones pulmonares difusas 1.

De pronto, el Prof. Motles me dijo: ¡basta, no mejoramos a nadie, todo el esfuerzo es vano, las causas son epidemiológicas, ajenas a nuestro esfuerzo! ¡Me voy a investigar en la Universidad!, ¡esto se acabó!

Motles cumplió su palabra. Personalmente seguí en la rutina clásica, diagnóstico de las enfermedades crónicas Cardiovasculares, con sus factores de riesgo identificados (y no tratados), su correspondiente terapia farmacológica o quirúrgica y observación de la evolución posterior.

CAMBIOS DE LA SALUD OBSERVADOS POSTERIORMENTE

Algunos años después, muchos de los factores de riesgo fueron reconocidos y se esbozó su terapia farmacológica, cuando ello era posible, y su abordaje por la metódica de salud pública, cuando se visualizó su necesidad en la población (cigarrillo, alcohol, sedentarismo, etc.) 2,3,4,5. Se avanzó en esta línea con metódicas de tratamiento no farmacológico, enfrentando los factores de riesgo conocidos, pero los médicos se apoyaron principalmente en los profesionales de colaboración, enfermeras, nutricionistas, y kinesiólogos. En cierta forma, los médicos mantuvieron la clásica rutina “diagnóstico-fármacos” y a veces, derivación a los profesionales mencionados para obtener su colaboración.

Sin embargo, no todo fue rutina y soslayar el problema. Se reanudaron los esfuerzos en pro de la Prevención, atacando los factores de riesgo conocidos 6. Pero ese ataque debía ser multifactorial, incluyendo a cerca de diez factores de riesgo presentes en las enfermedades crónicas CV, diabetes, cánceres y enfermedades renales, conjunto que se ha llamado “enfermedades crónicas no transmisibles” 7,8,9. La evidencia experimental y clínica apoyaba el éxito de muchas de esas intervenciones, fuesen clínico-terapéuticas, fuesen de salud pública poblacional. Muchos médicos clínicos estuvimos comprometidos con esa acción a nivel de la sociedad, de las Empresas, del Ministerio de Salud, destacando el Prof. Arteaga en cuanto al exceso de sal y colesterol, el Dr. García de los Ríos en Diabetes y Resistencia a insu-

lina, la Dra. M C. Escobar en Hipertensión y cigarrillo, y otros en relación al sedentarismo y varias otras acciones.

Paralelamente, la población general entraba en alerta frente al problema de la alta frecuencia (y aún incremento) de las afecciones crónicas no transmisibles, junto a la presunta incapacidad de la Medicina y la Salud Pública para enfrentar el problema. Se llegó a plantear la existencia de una crisis de la Medicina y de la Profesión médica 10,11. Entonces, Gyarmatti, sociólogo, escribía en 1997: “la medicina es una ciencia social, y la política debe incluir a la medicina aplicada en gran escala”. Señalaba además que la profesión médica no puede renunciar a su obligación de ayudar a la sociedad a encaminarse a una existencia más sana. Además, en relación al médico mismo, establecía que había sufrido la “Némesis del éxito”, esto es “cuando un grupo o sector social logra alto estatus o poder gracias a sus ideas creativas para enfrentar determinadas circunstancias históricas, tiende a aferrarse a los mismos métodos e ideas que lo llevaron al éxito, aún cuando las circunstancias hayan cambiado con el tiempo. Esta rigidez eventualmente conduce a su desplazamiento y al surgimiento de nuevos grupos sociales con ideas mejor adaptadas a los nuevos requerimientos “. Así el cuerpo médico en general, habría perdido la ambición de cambio, manteniéndose apegado a los éxitos alcanzados en la época de oro 1960-90, caracterizada por el prestigio y reconocimiento en base a los avances en cirugías complejas y exitosas y en tratamientos muy efectivos 12.

Gyarmatti concluía entonces que las tendencias opuestas al cambio de esa epopeya médica eran varias, pero si llegaran a predominar (incluía al lucro, el poder, las influencias), la derrota expresada como pérdida de prestigio, de influencia y de autonomía en sus actividades era inevitable.

Algunos de los factores que llevaron a esta crisis, fueron la insuficiente racionalidad de la práctica médica, dificultades para cumplir con normas y protocolos, énfasis en el modelo tecnológico y no en los factores sociales, psicológicos, culturales y ambientales en los que transcurre la enfermedad, pérdida de la independencia y reducción de la autonomía profesional 10.

Además, para otros autores, se ha mantenido la actitud paternalista y no se refuerzan las actividades de auto-cuidado y responsabilidad del paciente y de su familia. Expresan además “tomamos todas las decisiones y si algo sale mal, tenemos toda la culpa”13.

Por último, la remuneración debería estar vinculada con la calidad y cantidad de la actividad que los médicos realizan.

ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Otro problema crónico ha sido el rol de la Atención primaria en el proceso global de atención de salud. Entendida como la primera trinchera o lugar de acción sanitaria, colocada en teoría cerca del hogar de los enfermos, debe enfrentar y resolver las patologías más comunes y prevalentes, estando a cargo de Médicos generales. Si bien la teoría es correcta, la APS entre nosotros ha debido enfrentar diversos cuestionamientos, como la escasa resolutiveidad del equipo médico, que alcanza cifras menores al 50% y que obliga a recurrir a interconsultas, muchas veces inoficiosas, dirigidas al Consultorio de Especialidades o de Urgencia de los Hospitales base, creando congestión y listas de espera largas y odiosas^{14,15,16}.

Pero además, el tiempo que los MG deben dar a la atención de cada paciente es inferior a 15 o 20 minutos, logrando solo un diagnóstico y una receta rápida, sin poder efectuar interrogatorio sobre factores de riesgo y menos aún, establecer una terapia frente a éstos, cuando ella posible¹⁷. Este problema, generalmente ignorado o no apreciado, es actualmente el más relevante si pretendemos mantener una medicina moderna con acciones de prevención primaria, y más aún, si el médico debe pensar en realizar acciones de medicina social o poblacional, incluidas en la llamada Promoción de la salud⁶. Este problema ha sido reconocido en Chile, y se ha propuesto un aumento del tiempo de atención por paciente y un incremento de la remuneración, para que los MG puedan dedicar tiempo suficiente a la labor preventiva y promocional¹⁷.

PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD

En los últimos 5 años, el énfasis de la Medicina Interna y la Salud Pública ha estado orientado a la promoción y prevención de la salud. La promoción o “prevención primordial” de la salud se enfoca en disminuir la carga negativa de los factores de riesgo de las enfermedades, usando estrategias para aumentar el conocimiento, reconocimiento y manejo de la población general de esos factores⁶. El médico moderno debe saber utilizar los medios educativos para eliminar el tabaquismo, los malos hábitos dietéticos, reducir el sedentarismo y actuar sobre los otros factores de riesgo.

Además, la prevención primordial se dirige a los determinantes sociales de la salud, a través de la mejoría de las condiciones ambientales, de vivienda, de poder directivo local, de recursos económicos para educación, monitoría y desarrollo de habilidades para enfrentarlos⁶.

La prevención primordial comienza en la infancia, cuando los riesgos se inician. Entonces, los familiares, profesores y grupos interesados en el problema son importantes para impartir educación a los niños. En ese momento comienza también la obligación de los médicos en la actividad preventiva. Ella, después como prevención primaria, debe mantenerse en los adolescentes y adultos en forma ininterrumpida, llegando hasta el adulto mayor, haya éste tenido o no complicaciones, cuando comienza la posible fase de profilaxis terciaria.

A través de todas las edades y etapas epidemiológicas y patológicas del paciente, el Médico General debe intervenir eficazmente. Pero de inmediato surgen interrogantes:

¿Está el MG preparado para desarrollar las estrategias de tipo social que involucra la prevención? ¿Tiene tiempo para llevarlas a cabo? ¿Su educación médica está orientada para proporcionar conocimientos y habilidades de tipo psicológico para convencer a los pacientes de la importancia de las medidas profilácticas? ¿Las nuevas y complejas habilidades y conocimientos necesarios para una eficaz relación-médico paciente han sido bien desarrolladas durante la educación médica?^{18,19,,20}.

INSATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN

Todas son interrogantes deben ser investigadas y sus respectivas acciones en respuesta puestas en acción a la brevedad. Ello porque cada vez con mayor frecuencia y mayor intensidad, los pacientes, sus familiares y la población general se quejan de la atención médica que reciben. Sabemos que es difícil evaluar el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con la atención médica recibida. Ella se sitúa generalmente sobre el 60 a 70%, generalmente satisfactorios. Pero ésta estadística suele tener diversos factores de error, el principal de los cuales es el relativo al respeto que alcanza el médico como “rector y orientador” del problema médico. Pero los mismos médicos, en sus propias confesiones psicológicas y conductuales, declaran que carecen de satisfacción en varios de sus quehaceres profesionales, especialmente en la relación médico paciente, la que alcanza solamente al 50 %^{20,21}.

En resumen, el médico en la actualidad, y particularmente en nuestro medio, se encuentra enfrentado a varias manifestaciones de lo que se ha llamado la crisis de la profesión médica: llegar tarde a curar o mejorar diversas enfermedades crónicas, mantenerse deslumbrado y actor principal de los avances espectaculares de las acciones terapéuticas quirúrgicas y médicas (cirugía a corazón

abierto, trasplantes, diálisis crónica, terapias oncológicas, manejo de drogas tóxicas, etc.), dificultades para realizar prevención primordial poblacional, prevención primaria frente a los factores de riesgo individuales, escasez de tiempo y tecnologías mínimas para desempeñarse en la atención primaria e insatisfacción frecuente frente a su quehacer profesional, su desarrollo como individuo racional y pensante, y sus deberes con la familia y los problemas socioculturales de su entorno.

Como respuesta a ésta serie de cambios que los médicos enfrentamos al presente, surgen algunos caminos y acciones a proponer: a) promover y perfeccionar en la educación médica los programas de seguridad social, b) perfeccionar las acciones de promoción y prevención en salud, c) manejo integral de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles y d) mejorar la preparación en gestión clínica y manejo de los programas de salud.

NUEVO PERFIL DEL MEDICO.

Frente a esta problemática, nos parece que estamos frente a la necesidad de redefinir un perfil del médico que el país necesita. Este debe tener una gran motivación social y ser capaz de desarrollar habilidades y conocimientos para interferir y /o eliminar hábitos y estilos de vida indeseables en sus pacientes y en la sociedad. Además, debe desarrollar una capacidad de liderazgo no solo en su equipo de trabajo en salud, sino también en el ambiente social y cultural en el que se desempeña.

Para todo lo anterior, es necesario que el médico sea un hombre culto, en la mejor acepción posible.

Lo anterior no significa que, en el nuevo perfil, el médico debe abandonar o reducir sus enseñanzas y conductas básicas en cuanto al diagnóstico y la terapéutica fundamentales en la Medicina tradicional hipocrática y moderna. Pero debe orientar su acción a prevenir las enfermedades, única forma que podría llevarnos a reducir la morbi-mortalidad de la población nacional y mundial, de acuerdo a las nuevas orientaciones de la Salud Pública y la Medicina Interna.

REFERENCIAS

1. Roman O., Motles E., Koch., La capacidad física de trabajo en individuos sanos y en enfermos cardio-respiratorios. *Rev Med Chile.* 1965; 93: 646-51.
2. Murray C., López A.. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 1997; 349:1436-42.
3. Berrios X, Jadue L., Zenteno J., Ross M., Rodríguez H. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas. Estudio en población general de la Región Metropolitana, 1986-87. *Rev Med Chile.* 1990; 118:597-604.
4. Roman O., Cuevas G., Bunout D. Influencia de factores de riesgo y terapia farmacológica en la mortalidad de hipertensos esenciales. *Rev Med Chile.* 1998; 126: 745-52.
5. Roman O., Meza N. Arterial Hypertension: end organ damage and its prevention. *Intercontinental cardiology.* 1996; 5: 49-56.
6. Gupta R, Deedwania P. Interventions for Cardiovascular Disease prevention. *Cardiol Clin.* 2011; 29: 15-34.
7. Multiple risk factor intervention trial research group. Risk Factors changes and mortality resulta. *J A M A.* 198; 248: 1465-1477.
8. Roman O, Badilla M., Cuevas G., Valenzuela M.A., Barahona S., Baez D. et al, Morbi-mortalidad de la hipertensión arterial según magnitud del cambio de los factores de riesgo. Seguimiento a 30 años. *Rev. Ch. Cardiol.* 2005; 24:11-23.
9. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta nacional de salud. Reporte de enfermedades crónicas no transmisibles. Informe final. [en línea]. 2004. [fecha de acceso abril de 2016] URL disponible en: <http://www.minsal.cl>
10. Vukusic A., Olivari F., Alvarado N., Burgos G. Causas de la crisis de la profesión médica en Chile. *Rev Med Chile.* 2004; 132: 1425-30.
11. Roman O. La crisis de la Profesión Médica.. Santiago de Chile: Abarca&Girard Ed. 2001.
12. Gyarmatti G. La Medicina en la encrucijada. *Rev Med Chile* 1997; 125: 706-709.
13. Bascañan Ml, Horwitz N, Schiattino I, Acuña J, Jimenez Jp. Percepción de cambios en la práctica médica y estrategias de afrontamiento. *Rev Med Chile.* 2011; 139:1305-12.
14. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo. Informe 2008.
15. Montoya C. Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. *Cuad. Med Soc (Chile)* 2008; 48:147-54.
16. Ministerio De Salud. Departamento de Atención Primaria. Resolutividad en Atención Primaria. Informe. 2008.
17. Roman O., Pineda S, Señoret M. Perfil y número

- ro de médicos generales que requiere el país. *Rev Med Chile.* 20078; 135: 1209-15.
18. Mateluna E. Cambios que las Universidades deben efectuar para modernizar la educación médica en Chile. *Rev Med Chile.* 1997; 125: 33-36.
 19. Goic A, Florenzano R, Velasco C. Análisis de la formación humanística y psicosocial en el pregrado de la carrera de medicina. *Rev Med Chile.* 1985; 113: 453-62.
 20. Bascuñan M. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chile.* 2005; 133: 11-16.
 21. Moore P, Vargas A, Núñez S, Macchiavello S. Un estudio de los reclamos hospitalarios: el rol de la relación médico-paciente. *Rev Med Chile.* 2011; 139: 880-85.