

COLEGIO MEDICO, ¿COLEGIO DE CLASE?

Cuad. Méd. Soc. XL, 1, 1999/ 54-60

*Dr. Jorge Villegas C.**

INTRODUCCION

Elegí este título como una abierta provocación. La afirmación "Colegio Médico, Colegio de clase" pertenece a don Salvador Allende. La formuló en uno de sus muchos discursos durante los mil días de su Gobierno cuando, atrapado y sin duda angustiado por las presiones de ambos polos, el ultraderechista que trataba de detener el avance popular y el revolucionario que quería "avanzar sin transar", veía diluirse su estrategia para ensanchar la base social del Gobierno atrayendo nuevos sectores sociales o generando nuevas alianzas. Al revés de lo que deseaba, asistía a una progresiva polarización. Una parte sustantiva de los sectores sociales, que teóricamente debían mantenerse en el centro, tendían a desplazarse hacia posiciones que creaban las condiciones para que la amenaza golpista, que se alzaba en el horizonte, se hiciera dramáticamente realidad¹.

A mi juicio, no había, sin embargo, en esa afirmación conceptual sino sólo una expresión de resentimiento, un intento de descalificación política, hacia un gremio del cual el mismo había sido Presidente, que había jugado un rol protagónico en la puesta en práctica de sus concepciones de medicina social y que había sido particularmente favorecido en la negociación económica durante su Gobierno. De cierta manera se sentía traicionado, pero no lo expresó así sino que, en el verbalismo de la época, formuló como definición

conceptual una percepción coyuntural, que resultó exagerada en lo teórico y equivocada en la práctica, ya que no consiguió su objetivo. No logró hacer reflexionar al gremio sobre el camino al que se iba sumando y sus consecuencias y, probablemente, facilitó el trabajo de quienes buscaban empujarlo hacia a la derecha.

A pesar de su profundo conocimiento de los médicos, de sus vínculos privilegiados y de su habilidad táctica, a mi juicio, se equivocó. Tal vez no había otra alternativa en el momento, no estoy seguro, y tal vez eso no tendría hoy día mayor trascendencia, si no fuera porque de tanto en tanto se oyen de nuevo descalificaciones que, aunque en otro nivel, igualmente obtienen consecuencias no deseadas.

Se vive, todavía, un período de inestabilidad en el sector salud. Tenemos un Sistema de Salud dual. Conviven concepciones, estructuras, lógicas, diferentes: una como expresión persistente de las ideas que inspiraron la convergencia de los diferentes actores en la Reforma de los años cuarenta y cincuenta y otra, resultante de la Reforma que se impusiera a comienzos de los ochenta. No está clara la dirección estratégica del sector, lo que hace a muchos afirmar que no hay política, olvidando que aunque no se explicita, las medidas que se adopten, en una situación de indefinición estratégica y de competencia entre diversas posiciones, nunca son neutrales.

Se dice que está pendiente la Reforma del sector. Sin embargo, tras esa afirmación algu-

* Consejero General por el Consejo Regional de Concepción. Ex Secretario General, Ex Presidente de los Departamentos de Trabajo Médico y Salud Pública.

¹ Para una mejor comprensión del período ver "Conversación interrumpida con Allende", de Tomás Moulian, LOM Ediciones. Universidad Arcis Comparto el análisis aunque no su conclusión

nos leen retoque cosmético y otros leen revolución. Entre uno y otro extremo la sociedad chilena deberá encontrar un punto donde construir un acuerdo. En ese escenario, si bien no todos tienen claro qué papel debieran jugar las personas que serán afectadas por los cambios, todos perciben que el comportamiento del gremio médico es una determinante clave en el éxito de sus proyectos, cualquiera sea la dirección de ellos. Incluso hay quienes dentro del propio gremio tienen la ilusión que, desde él, podrían llegar a dirigir el proceso.

En este contexto tratar de comprender al gremio médico chileno más allá de las simples intuiciones coyunturales no es un simple ejercicio intelectual sino que se convierte en una necesidad política para no volver a cometer equivocaciones. Los análisis sobre el Colegio Médico no son abundantes². Particularmente escasos son los producidos por sus dirigentes quienes suelen preferir la "flexibilidad" que da la dirección táctica a través de la declaración coyuntural, antes que el compromiso persistente y la exposición al juicio y a la confrontación analítica entre teoría y práctica que genera y permite la palabra escrita.

OBJETIVO

Es mi intención en este trabajo buscar los elementos que me parecen necesarios considerar para una comprensión más racional y política del comportamiento del gremio médico y de la ideología que lo sustenta y en la cual sin duda estoy inmerso. El contenido se basa en la reflexión realizada en conjunto con primero el Departamento de Acción Gremial, luego el de Salud Pública, la que se ha ido ordenando a medida de las necesidades. Digo a medida de las necesidades porque, si bien puede aparecer como un intento de reflexión académica, no ha sido ese su sentido. Sucede que el escenario en que nos toca desenvolvernos se ha hecho muy complejo. La acción gremial, sin una consistente reflexión conceptual, corre el riesgo de convertirse en inmediatez vacío de trascendencia estratégica. Haciéndonos eco de Octavio Paz en esos departamentos hemos tratado de producir ideas, no ocurrencias.

Han marcado hitos en esta reflexión, hace unos años, mi participación en el Comité de análisis estratégico de la Asociación Médica Mundial, más recientemente el "Diálogo ético entre economistas y médicos", que organizara el Calvo Mackenna, luego una ponencia en la celebración del "Día del Médico" en Los Angeles, más tarde la participación en un diagnóstico plural sobre la situación del sector, después la mesa redonda sobre la situación de los recursos humanos en Salud en las Jornadas Chilenas de Salud Pública, y más recientemente la Conferencia en el "Día del Médico" en el Regional de Concepción³. La preparación de mi participación en cada una de esas instancias obligó a ordenar el pensamiento. Se trata pues de ideas nacidas al calor del trabajo gremial, que se han pulido y lo seguirán haciendo en el diálogo cotidiano, con cierta rigurosidad académica, pero con un sentido que va más allá de la sola profundización del conocimiento.

En particular me interesa que tratemos de explicarnos cómo un gremio que participó en la gestación del mejor instrumento de Salud Pública que conocemos: el Servicio Nacional de Salud, que a pesar de las poderosas confrontaciones por reivindicaciones gremiales desde su creación en 1950 hasta 1973 no puso, ni posteriormente ha puesto, explícitamente, en discusión los principios de la Medicina Social. Sin embargo, ha adoptado actitudes tan contradictorias como: sumarse al bloque golpista que destruyó la democracia en septiembre del 73, resistir su propia destrucción en 1981, enjuiciar la participación de los médicos en la tortura con la Dictadura en plena vigencia, liderar el movimiento social para la Recuperación de la Democracia encabezando la Asamblea de la Civilidad, intentar una negociación estratégica en 1991 con el Primer Gobierno de la Concertación, y luego ir a la huelga de los Servicios de Urgencia en 1992, amenazando con abandonar los pacientes a su suerte.

Para alcanzar ese objetivo es necesario considerar los cambios que se han producido (historia reciente) ya que existe una relación dialéctica entre esos cambios y el comportamiento de los médicos. En la mayoría de los casos juegan simultáneamente el rol de sujetos y de objetos de esos cambios y en ese proceso se va definiendo la ideología médica y la manera como a partir de sus intereses, que no son identificables mecánicamente,

² Un aporte sustantivo es el libro de Marcela Illanes "En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia, ()" Editado por el Colectivo de Atención Primaria.

³ Publicada en la página Web del Colegio en el espacio del Departamento de Salud Pública.

te con una clase, se relacionan con otros actores en el sector y con el conjunto de la sociedad.

Sin pretender establecer un orden de importancia paso a describir los principales cambios que se han venido produciendo. Un primer grupo corresponde a cambios comunes al conjunto de la humanidad.

⇒ **Avance científico tecnológico.** Asistimos a una explosión de la información y a la multiplicación de nuevos procedimientos y equipos, que no alcanzan a dar y probar todo su rendimiento, cuando ya van quedando obsoletos o la industria presiona para que sean reemplazados por otros nuevos. Ambos fenómenos empujan a la ultraespecialización, a la fragmentación del ejercicio de la medicina, con ello a la fragmentación del individuo, lo que trae consigo una tendencia deshumanizante. Dos son las consecuencias más inmediatas: el disparo de los costos y la transformación en las bases del prestigio. En lo segundo se transita de un modelo centrado en el clínico que atendía apoyado en su humanidad, su inteligencia y la eficacia de sus sentidos, en una relación directa e integral con el paciente, a otro que privilegia al ultraespecialista rodeado de sofisticada tecnología.

⇒ **Globalización.** La información se ha hecho global y abierta, lo que ha llevado a un aumento sin precedentes en las expectativas y a mayores exigencias en la calidad y oportunidad de la atención. Consecuencialmente se va produciendo una profunda transformación de la relación médico-paciente. Desde una relación tradicionalmente vertical, prácticamente paternalista, se transita a una relación horizontal que tensiona y transforma algunas de las bases tradicionales de la Ética Médica. Tanto así que ha sido necesaria una nueva disciplina, la Bioética.

⇒ **Transformaciones culturales.** Las que traducen en definiciones ya institucionalizadas. Se ha avanzado desde una definición inicial, que entendía la salud como la simple ausencia de enfermedad, primero al "completo bienestar físico, psíquico y social" y más tarde a "la realización personal en armonía con los demás y con el medio ambiente". Lo que junto con imponer nuevos desafíos plantea la necesidad de redefinir los límites y responsa-

bilidades del sector, ya que, por cierto, esas definiciones exceden sus capacidades.

⇒ **Aumentos de los costos. Nuevos actores.** El aumento de los costos puso a la orden del día la preocupación por su contención. La percepción de que los médicos carecían tanto de la preocupación como de las herramientas para enfrentar el problema, junto a la necesidad de optimizar el uso de recursos siempre limitados, llevó a incorporar al sector a un contingente nuevo de profesionales vinculados a la economía, la ingeniería, la administración, los que se constituyeron en nuevos actores con nuevas concepciones y lenguajes diferentes. Probablemente debido a la conjunción de realidades y prejuicios, en muchos casos, no lograron trabajar en colaboración con los actores históricos, tanto médicos como el conjunto del equipo de salud. Se produjo primero competencia y en no pocos casos confrontación.

A esas transformaciones se agregan aquellas específicas de la situación chilena. El Colegio Médico de Chile nació hace ya 50 años junto con el Estatuto del Médico Funcionario y el Servicio Nacional de Salud. Nuestro Colegio fue parte estructural del Acuerdo Social de los 50. Allí se institucionalizó la doble condición, específica, de la profesión médica chilena. Los médicos chilenos se comportan, por una parte, como profesionales individuales, pero, por otra, asumen la condición de actor social. Situación que se mantiene, a pesar de los cambios, hasta nuestros días.

Si miramos los cambios producidos en nuestro sector en los últimos 50 años destacan claramente tres momentos. El acuerdo social de los 50, la reforma de los 80 y el período de la transición democrática. En cada uno de esos momentos los médicos chilenos han actuado en esa doble condición.

⇒ **El Acuerdo Social de los 50,** gestado en los 10 años anteriores, no sin conflictos, marcó un punto de partida en que la sociedad chilena, los distintos sectores políticos, económicos y sociales y la profesión médica se pusieron de acuerdo para tratar de modernizar el país en un momento en que el mundo venía superando una conflagración, para lo que se necesitaba, como parte de esa modernización, mejorar los niveles de salud del país, optimizando el uso

de recursos limitados. La respuesta fue impulsar la Seguridad Social a través de la creación del SNS. La expresión del acuerdo con los médicos fue el Estatuto del Médico Funcionario y la creación de un Colegio Médico que se entendía como coadyuvante del Estado en la función contralora y reguladora del Estado. Para eso se le entregaron tres facultades: Afiliación Obligatoria, Control de la Ética y Dictación de Aranceles.

En los años siguientes se vivió la expansión de la red de atención, junto a la mejoría de la cobertura y los indicadores en salud; sin embargo el desarrollo centralizado del SNS comenzó ya en los 70 a hacer crisis, tanto porque el centralismo derivó en rigidez y burocratismo, como porque en medio de una situación nacional de fuerte polarización política, el sistema tendió a perder su carácter profesional politizándose. Tal vez no podía ser de otra manera. Esto contribuyó a potenciar la crisis estructural y trasladó al interior del sector la confrontación ideológica. Los médicos a su vez asistieron a un lento y sostenido deterioro de sus condiciones de trabajo y de sus remuneraciones.

En esos mismos años, a partir de 1968 con la creación del SERMENA, se puso de manifiesto la emergencia, incipiente, de un mercado de salud privado organizado desde el Estado.

La crisis de la democracia trajo consigo la ruptura institucional, con ella el cierre de los espacios de diálogo, florecimiento del autoritarismo, agudización del centralismo y mayor politización. Desaparecieron los concursos para proveer los cargos. Todos debían ser de "confianza". Persistió el deterioro progresivo, de rentas y condiciones de trabajo. Se vivió un ambiente represivo que se tradujo en polarización, temor, sumisión, incertidumbre y desesperanza.

⇒ **La Reforma de los ochenta.** Desde comienzos de los años ochenta se produce el desarrollo simultáneo de dos procesos que se superponen tensionando la sociedad entera.

1. Por una parte el régimen busca proyectarse en el futuro, para lo cual pone en marcha un conjunto de transformaciones estructurales de las que forman parte: la Reforma del sector que dio origen al SNSS; la organización por ley de un mercado de salud privado; se privatizaron las cotizaciones de salud de los sectores de mayores ingresos a

través de la creación de instituciones de salud previsual que pasan a captarlas de manera individual; la municipalización de la atención primaria y la Ley de Colegios Profesionales que los transformó de organismos de derecho público en asociaciones gremiales de derecho privado. También en ese período hacen su aparición el pago de Aranceles en la Universidad y las "Becas" Autofinanciadas.

2. Por otra, ya desde la discusión de la Constitución del 80, se inició un lento camino a la recuperación de la democracia durante el cual, a pesar de su transformación en AG, los Colegios Profesionales, en particular el nuestro, consiguieron reconstruir espacios de diálogo democrático. El Colegio Médico se comprometió tanto con la defensa de la vida y los derechos humanos como con la defensa del sector público de salud y la recuperación de la democracia, jugando un rol protagónico que recuperó para él la autoridad moral que había perdido al participar de la interrupción de la continuidad democrática.

Los cambios producidos en ese período produjeron un profundo impacto en los médicos y en sus condiciones de trabajo. Quiero destacar tres aspectos:

- *Estratificación del Gremio Médico.* El desarrollo del mercado de salud privada en el contexto de un serio y progresivo deterioro de rentas y condiciones de trabajo trajo como consecuencia una progresiva estratificación del gremio de acuerdo a particulares ventajas comparativas como especialidad, inserción laboral, localización geográfica, red social de pertenencia. Esto generó un nuevo desafío, ser capaces de formular y definir políticas gremiales que superen la progresiva disparidad de intereses y haga posible mantener su condición de actor social.

- *Modificaciones en el sentido de la profesión.* La vivencia de una situación de fuerte incertidumbre y deterioro de las condiciones y medios de trabajo trajo consigo desesperanza y cierto grado de deterioro profesional que, unidos a los cambios en la relación laboral y en el sentido de los incentivos, modificó el marco valórico del ejercicio profesional, trastocando, de alguna manera, el sentido de la profesión. De

una concepción del servicio público y compromiso social, se fue transitando hacia un compromiso restringido al simple cumplimiento de un contrato. Durante el régimen militar en los ochenta e incluso iniciada la transición democrática, quienes tuvieron condiciones u oportunidades migraron desde el sector público al privado emergente.

• *Naturaleza de los incentivos.* En esas condiciones el tema de los incentivos adquirió particular relevancia. Sin embargo, sin tomar en cuenta las características particulares de los médicos chilenos, se tendió, en una visión marcada por el pragmatismo, a reducirlos a simples estímulos económicos.

⇒ **La transición democrática.** El gremio médico y la comunidad en su conjunto fijaron grandes esperanzas en que el advenimiento de la democracia crearía condiciones para resolver los problemas que se habían acumulado en salud. Si miramos los cambios producidos en el período de la transición democrática, se ha progresado pero no se han llenado las expectativas. Se ha conseguido aumentar notablemente el gasto público en salud con la consiguiente mejoría en infraestructura, equipamiento e indicadores. Han mejorado de manera focalizada las remuneraciones. Sin embargo, persiste la politización a través de una gran red de cargos de confianza, lo que, sin duda, crea problemas de legitimidad y liderazgo en momentos en que es tan necesaria la autoridad basada en la autoría y el reconocimiento, para liderar la recuperación del sector público de salud, más aun cuando no se ha superado la restricción de recursos.

En cuanto al comportamiento del gremio, durante el período de la transición democrática es posible distinguir un período inicial en el que se intentó poner las bases para construir un acuerdo de largo plazo que, junto con mejorar remuneraciones y condiciones de trabajo, reactualizara el Acuerdo de los 50, fortaleciéndolo, recuperando los profesionales más calificados para el sector, creando condiciones para una gestión moderna que superara los tradicionales problemas de organización y funcionamiento que se han arrastrado por años.

Este intento inicial fue interrumpido por la crisis de los servicios de urgencia, la que abrió paso a un período de confrontación, desconfian-

za, descrédito y desprestigio que comprometió a todos los involucrados. En esas condiciones se inició la modificación de la Ley 15.076, lo que se tradujo en un largo y desgastador período de conflicto de intereses que aún no alcanza una solución definitiva.

En ese conflicto de intereses, sólo para ilustrar menciono que se enfrentaron: "flexibilidad en la administración del recurso humano" con estabilidad laboral. Discrecionalidad en el ejercicio de la autoridad con control social. Politización en la generación de la autoridad basada en su fortaleza profesional.

Sin duda estos conflictos se hacen aún más difíciles de resolver cuando todavía existe un conjunto de decisiones estratégicas pendientes y no se ha superado la restricción de recursos.

No puede quedar sin mencionarse el mundo privado. A los ojos de los médicos el comportamiento del mundo privado resulta paradójal. En general se espera que el mercado privado se desarrolle a partir de la iniciativa privada, sobre la base de la competencia, impulsando la libertad de elección y entregando un producto alternativo a lo público. En Chile la situación es diferente. De hecho existió un mercado privado de la salud, institucional, a partir del momento en que los empleados se separaron de los obreros en 1968 y surgió el Sistema de Libre Elección del SERMENA. En los 80, mediante ley se creó la posibilidad de privatizar la cotización de salud, entregándola a una institución de salud previsual, lo que dio origen a un particular sistema de seguros de salud privados, que disponen de una cotización fija por ley, al que además se le sostiene con subsidios y se le permitió durante un largo período una serie de restricciones al uso. Finalmente ahora, cuando la curva de crecimiento de las ISAPRE tiende a aplanarse y se hace necesario generar nuevos productos para sostenerse, el camino que se elige, basados en la necesidad de disminuir los costos técnicos y la frecuencia de uso, es restringir la libertad de elección y avanzar rápidamente en la dirección de la funcionarización privada a través de Sistemas de Salud Administrada. Por cierto es necesario advertir que si este crecimiento se hace en los tramos de población de menores ingresos, el desafío será otorgar, con esas cotizaciones, un producto mejor que el del sistema público, lo que está por verse.

El otro aspecto a considerar son los intereses de los médicos. Caricaturizando, suelo decir que los intereses de los médicos tienen un componente altruista, otro narcisista y finalmente uno

pragmático. De manera más estricta: preocupación por la ética médica, beneficio del paciente, seguido por el prestigio profesional, expresado principalmente en el reconocimiento de los pares y, finalmente, búsqueda de mejores condiciones de vida y de rentas adecuadas, compatibles con el desarrollo personal y las responsabilidades familiares. Cualquier política que involucre a los médicos debiera tener en cuenta esos intereses.

Estos tres tipos de intereses están siempre presentes en cada uno de los médicos en las más diversas proporciones, lo que resulta perfectamente natural debido a que finalmente no son sino la expresión de la manera como cada cual se piensa a sí mismo. De una manera más general, expresan la ideología médica, la manera como la profesión se piensa a sí misma. Esta ideología se va transmitiendo desde el inicio de la formación, tanto a la manera de una tradición como principalmente a través del ejemplo. Además influyen en ella la matriz de formación familiar y escolar, también el medio de inserción pero, no cabe duda, que lo que más contribuye a modelarla es la experiencia vivencial. En ese sentido el impacto que producen las transformaciones en el sector y el tipo de incentivos que se escoja para estimular conductas específicas, son factores determinantes para modelar el sentido de la profesión.

Si una política de incentivos se centra en aspectos puramente económicos sin desarrollar un proyecto compartido de servicio público no puede extrañarnos que se seleccionen y estimulen sólo conductas pragmáticas de corto plazo.

Es al analizar estos aspectos cuando adquiere importancia tener presente la doble condición que históricamente ha asumido el médico chileno. Por un lado, recurso humano, por otro, actor social que participa y negocia en cada etapa de la gestación, formulación y puesta en práctica de las políticas que lo afectan. Desde ese punto de vista cobra importancia dar una mirada a este proceso de negociación. Me interesa llamar la atención respecto de cuatro aspectos ligados al sentido de la negociación, éstos son: el carácter de la negociación, el carácter del compromiso que se establece, el tipo de negociación que se genera y el eje en torno al cual debiera negociarse.

⇒ **El carácter de la negociación.** En variadas oportunidades se descalifica al mundo médico porque negocia a partir de sus intereses corporativos, lo que me resulta extraño ya que, ¿qué otra cosa puede pedírsele a una corpora-

ción sino que se comporte como tal? Desde mi punto de vista, el problema no es que negocie a partir de sus intereses sino que, siendo éstos, como he dicho, de variados tipos, lo que importa es cuáles de ellos predominan en la negociación. Si predominan los intereses altruistas y profesionales estaremos frente a un tipo de negociación corporativo profesional que, en general, no se limita sólo a lo corporativo; asume también un interés social que se desprende de la vocación de servicio. Si por el contrario se centra sólo en aspectos económicos o reivindicativos estaremos frente a un tipo de negociación corporativo economicista que difícilmente dejará espacio para la preocupación social.

⇒ **El carácter del compromiso.** Cuando se negocia, se supone que las partes buscan un compromiso y un acuerdo en torno a un determinado objetivo. Cuando de lo que se trata es de llevar a cabo un proyecto compartido, de largo plazo, como se diera en los años 50, entonces se puede hablar de un compromiso estratégico y el acuerdo se puede ordenar en torno del proyecto subordinando los intereses de las partes. Cuando ese proyecto no se tiene, el acuerdo no puede sino ser coyuntural y se limita a lo que explicita el contrato.

⇒ **Tipo de negociación.** En un modelo coyuntural la negociación se limita a una confrontación de intereses en la que una parte hace uso de la autoridad y la otra pone en práctica medidas de presión. Si la resolución se basa en el poder, el resultado siempre será inestable y sólo abrirá paso a otra fase de acumulación de fuerzas para la confrontación siguiente. En una negociación estratégica lo que se busca es hacer coincidir los intereses de largo plazo de las partes en función de un motivo superior. Estos intereses para los médicos se ordenan en torno a los principios de la ética médica, la excelencia profesional y la justicia tanto en las reivindicaciones corporativas como en los derechos de los pacientes.

⇒ **El eje de la negociación. La equidad.** En las condiciones de hoy, un imperativo ético esencial es la equidad. Concepto difícil de definir, más aún de operacionalizar pero, para el mundo médico, equidad significa al menos: reducción de la brecha en los riesgos de enfermar, reducción de la brecha en el acceso a la

salud, reducción de la brecha en la calidad de la atención y, por cierto, igualdad en la eficiencia técnica de la atención.

En mi opinión, una primera aproximación a este conjunto de elementos que están presentes en la conducta de los médicos y de su expresión gremial, el Colegio, ponen de manifiesto que no se trata realmente de un comportamiento de clase sino de un comportamiento corporativo a partir de un conjunto de intereses profesionales cuya expresión y jerarquización resulta influida por los cambios que se suceden tanto en el sector

como en el conjunto de la sociedad. En un contexto en que están pendientes definiciones estratégicas en salud, el conocer este proceso y los elementos que participan en él es trascendente para poder llevar adelante una negociación estratégica que satisfaga los intereses corporativos pero, al mismo tiempo, les dé una dimensión social que se ligue con la tradición valórica que permanece como patrimonio ético de la inmensa mayoría de los médicos chilenos. Al mismo tiempo, se advierte que la simplificación de la realidad puede conducir también a muy trascendentes equivocaciones.