

Actas de Reuniones Clínicas

Medwave. Año IX, No. 3, Marzo 2009. Open Access, Creative Commons.

Visión antropológica del médico Chileno contemporáneo

Autor: Carlos Gómez Díaz⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Universidad de Chile, Santiago, Chile; The University of Liverpool, United Kingdom

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.03.3838>

Ficha del Artículo

Citación: Gómez C. Visión antropológica del médico Chileno contemporáneo. *Medwave* 2009 Mar;9(3) doi: 10.5867/medwave.2009.03.3838

Fecha de publicación: 1/3/2009

Resumen

Este texto completo es la transcripción editada y revisada de la conferencia dictada en reunión clínica del Departamento de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile. La publicación de estas actas ha sido posible gracias a una colaboración editorial entre Medwave y el Departamento de Medicina del Hospital Clínico Universidad de Chile. El director del Departamento de Medicina es el Dr. Alejandro Cotera.

Introducción

La primera observación que se puede hacer sobre los médicos chilenos es que tienen muy arraigada la costumbre de hacerse llamar *Doctor*, cuando en realidad la mayoría de ellos no posee ese grado académico, sino el de *Licenciado en Ciencias Médicas*. La segunda observación corresponde a la visión antropológica propiamente tal, que se desarrollará a continuación.

Todo el mundo cree que el médico se reconoce fácilmente y que es una entidad bien definida, pero si se analiza más a fondo se puede ver que en realidad no existe *El Médico*, sino que existen los *médicos*, que participan en la Medicina en la medida de sus posibilidades y siempre en forma limitada. A nivel individual el médico no existe en sí mismo, sino que surge en la relación que establece con otro, en la medida en que ese otro lo define como tal, lo cual no puede ocurrir en cualquier lugar, sino dentro de un marco interpretativo. Si un médico chileno fuera a Nueva Guinea dejaría de ser médico y pasaría a ser un chamán o un experto en el manejo de los espíritus; en cambio en Chile es un médico porque está en relación con los otros en un marco interpretativo particular, el cual existe, además, en un entorno específico que determina, en parte, las características de ese profesional, por ejemplo no es lo mismo ser médico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile que en un consultorio de La Pintana. Por lo tanto el médico no es una entidad fija, no es, sino que *está siendo*. Este hecho se visualiza mejor si se piensa en los grandes próceres de la Medicina chilena, como el Profesor Juan Noé, que según los mecanismos de control, castigo y evaluación del desempeño que se aplican hoy en la mayoría de nuestros organismos probablemente sería mal calificado, porque no cumplía horarios de entrada y salida ni tenía compromisos básicos que atender; o el doctor Gustavo Fricke, en cuyo honor se nombró a un hospital, quien pensaba que su misión era

llevar la felicidad a los habitantes del lugar en que se desempeñaba y por ello salía con su equipo de enfermeras a recorrer las poblaciones de Viña del Mar, pero no para llevarles la salud, sino para enseñarles a vivir y ser felices. El era un médico muy diferente a algunos de hoy, que piensan más en las cuotas que tienen que pagar que en las necesidades del paciente.

Debido al complejo contexto actual y a la diversidad de individuos que ejercen esta profesión, el médico es como la estrella que está contenida dentro de la figura que se muestra a continuación: es una estrella perfecta, pero es muy difícil de visualizar y describir a primera vista (Fig. 1).

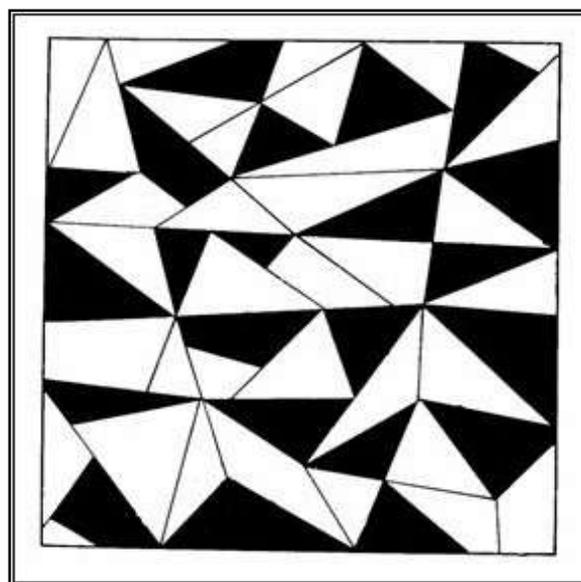


Figura 1. La estrella oculta.

El médico y el tiempo

El tiempo es un concepto que se puede aplicar a los médicos en múltiples aspectos, como se verá en detalle a continuación.

El rol del médico a través del tiempo: Antes del desarrollo de la Medicina moderna en Chile, los enfermos graves se atendían en hospicios y sanatorios que estaban bajo el control de la Iglesia Católica, situación que se mantuvo hasta 1940 en algunos lugares de provincias. Por ejemplo, antes del terremoto de 1939 los médicos del servicio público iban a atender a los ancianos y enfermos que cuidaban las monjas en una iglesia de Chillán. En esos lugares el médico era un personaje subordinado, un servidor de Dios que estaba por debajo del obispo e incluso, del sacerdote o del monaguillo. Por ello algunos hospitales de Chile tienen el nombre de ilustres médicos, pero en muchos otros el nombre se ha escogido en reconocimiento a la labor eclesial en el cuidado de los enfermos desvalidos, como el hospital del Salvador.

En algún momento de la historia los médicos demostraron al resto de la humanidad que tenían cierto conocimiento que impedía que se subordinaran a otras autoridades y se hicieron cargo de los hospitales. Gran parte de la historia de la actividad médica en Chile, en el siglo XX, transcurrió en los nosocomios; esta actividad fue definida por los médicos y para los médicos y fue administrada por ellos, aunque no siempre los "equipos médicos" fueron verdaderamente participativos y todavía hoy algunos de ellos son dirigidos por un médico que maneja al resto del grupo como un padre generoso o castigador, según un modelo de *patrón de hacienda*; quizás muchos galenos guarden un recuerdo amargo de su época de estudiantes, del día en que fueron maltratados verbalmente por haber cometido un error con algún paciente. A diferencia de los hospicios y sanatorios, que recibían al *sufriente*, los hospitales se definieron para recibir al *enfermo*, concepto que implicaba que el individuo se sintiera enfermo y que el médico estuviera de acuerdo con ello.

Mientras la mayor parte de los médicos actuaba en el ámbito específico del hospital, algunos de ellos aportaron al escenario social el concepto de Salud Pública e incursionaron en los sistemas administrativo-políticos para desarrollar el modelo de Medicina Social, basado en el bien común, que en pocos años mejoró los índices de salud chilenos, especialmente las tasas de mortalidad y desnutrición infantil hasta niveles similares a los de países desarrollados, situación que se mantiene hasta hoy.

Sin embargo, el acelerado desarrollo tecnológico y los consecuentes cambios sociopolíticos y económicos a nivel mundial, propios de las últimas décadas del siglo XX, introdujeron en los Sistemas de Salud conceptos propios de la Economía de Mercado y aumentaron la complejidad de los organismos administrativos hasta tal punto que los médicos se vieron obligados a dejar ese campo en manos de otros profesionales, más aptos para administrar y asignar los recursos, pero con otros criterios para relacionarse con el poder y la clase política, aunque

muchos médicos también incursionaron abiertamente en esos campos. A nivel individual los médicos se insertaron en este sistema con una doble condición, cumpliendo parte de su jornada de trabajo en el sistema público y otra parte en el sistema privado. Esta es la situación actual y estaría bien si no fuera porque muchos de ellos dedican a la parte privada de su actividad un excesivo número de horas, lo que probablemente deteriora sus relaciones familiares, entre otros aspectos personales.

El tiempo personal del médico: El día de todos los seres humanos tiene veinticuatro horas, pero dentro de este período las personas dejan de lado sus labores, descansan y se recrean olvidando los deberes de su profesión u oficio; en cambio para el médico es difícil conseguir esto, porque dondequiera que se encuentre la gente se entera de quién es, deja de verlo como a un ser humano y lo toma como una fuente de información o de solución para sus problemas de salud.

El tiempo de la relación médico-paciente: Cuando fue Ministro de Salud el economista Carlos Massad, en el hospital Barros Luco Trudeau se instalaron algunos programas para registrar las actividades del personal de salud y determinar el tiempo promedio que requiere cada actividad, lo que muchas veces es muy difícil de determinar, porque depende de muchos factores, entre ellos el lugar en que se está llevando a cabo dicha actividad: es diferente el tiempo en un hospital público que en una clínica privada y éstas a su vez son todas distintas, porque los criterios de rentabilidad difieren y ya se sabe que muchas veces estos criterios priman por sobre los de experiencia profesional o de calidad de la labor médica. A los estudiantes de Medicina se les enseña que deben hacer una anamnesis completa, incluyendo el nombre del paciente, pero la realidad es que muchas veces el médico no dispone de tiempo suficiente para hacer una entrevista adecuada. Por otra parte el propio paciente, aquel que define al médico como tal, tampoco tiene tiempo, quiere una curación instantánea y muchas veces se cambia continuamente de médico en pos de este objetivo.

El tiempo de la relación entre el médico y el sistema administrativo: La modernización tecnológica de los sistemas de atención de salud obliga a los médicos a ingresar los datos del paciente y de la ficha clínica, lo que en muchos lugares, especialmente del área privada, hace que dediquen más tiempo a mirar la pantalla del computador que al paciente que está detrás.

El tiempo en la formación médica: En las mallas curriculares de las escuelas de Medicina se incluye, entre otras materias, Estadística y Física, ambas en forma intensiva y con gran cantidad de contenidos que probablemente sean de muy poca utilidad para el futuro médico y le obliguen a invertir muchas horas para memorizar y lograr aprobar los correspondientes exámenes. Quizás por este motivo los estudiantes de Medicina son los que más tiempo dedican a sus estudios, al punto de que es muy difícil convivir con ellos, porque siempre están estudiando y algunos se dan como

compensación horas de "relajo" tan intensas que tampoco se puede compartir con ellos en ese momento. Esto no les asegura que en el futuro van a estar exentos de ser acusados de errores médicos ni tampoco les sirve, en definitiva, para comunicarse adecuadamente con los pacientes, ya que hasta el día de hoy un porcentaje grande de la población no entiende sus explicaciones.

El médico y el espacio

El espacio médico: El médico habita dentro de una colectividad que percibe en él ciertas cualidades especiales. La primera de ellas es que tiene un especie de convenio con las fuerzas trascendentes que le permite, por ejemplo, tomar la decisión de permitir la llegada de la muerte, a través de no seguir interviniendo, decisión que recae generalmente sobre los médicos que trabajan en las unidades de cuidados intensivos (UTI), donde muchas veces deben elegir qué paciente no tratar o a cuál suspender las intervenciones, lo que acarrea toda una problemática de responsabilidad no sólo individual, sino también social, porque siempre existe la posibilidad de que su decisión se haga pública. Por lo tanto, el espacio del médico no está circunscrito al lugar en el que ejerce, sino que está definido por la colectividad en la cual se desempeña. Además, en *el ecosistema médico* este profesional cohabita con administradores, ingenieros comerciales y contadores auditores que le definen reglas de operación sin conocer el problema técnico, determinan los tiempos para los actos médicos, diseñan sus horarios, etc. Esto ha traído como consecuencia, por ejemplo, cambios en el uso de los quirófanos, que ahora están disponibles las 24 horas del día: las actividades no se suspenden, sino que van cambiando las personas que las realizan. Otra consecuencia es la atomización de los espacios: el diseño de la atención de los especialistas reduce a éstos a cubículos cada vez más pequeños y separados, aunque hacen esfuerzos individuales por establecer comunicación.

Vínculos con otros espacios: El médico debe desarrollar vínculos con otros profesionales y con otras actividades. Por ejemplo: se tiene que insertar en actividades públicas, como las JOCAS; debe explicar claramente a las personas lo que hace y porqué lo hace; y el desarrollo de tecnologías de apoyo le obliga a vincularse con personal de laboratorios de distinto tipo y con profesionales del área de la imagenología.

Conectividad y traslado: El médico de provincias pequeñas vive más relajado que el médico de Santiago, porque vive cerca de los hospitales y las clínicas, mientras que en la capital los tiempos de traslado son más largos y el riesgo de accidentes es mucho mayor. Por otra parte, la presión social y familiar les lleva a ejercer su profesión en múltiples lugares, incluyendo una consulta privada, lo que explica el hecho de que desarrollan sus actividades recreativas y sus relaciones afectivas dentro del mismo sistema, lo que ha dado lugar a innumerables historias, chistes y caricaturas sobre la relación entre médicos, enfermeras, arsenaleras y farmacéuticos, aunque muchas veces los vínculos que desarrollan entre ellos son normales. Finalmente, gracias a la tecnología hoy las

personas pueden traer al médico a su casa de varias maneras, por ejemplo, a través de Internet o por celular, de modo que este profesional no puede evitar estar permanentemente conectado a varios sistemas.

Qué significa ser médico

El ser médico implica tres aspectos: motivación, percepción y disposición.

La motivación ha ido cambiando en el curso de la historia. El doctor Fricke quería ser médico para "servir a la humanidad" y para contribuir a la felicidad del Hombre, mientras que las enfermeras de esa época solicitaban trabajar en los hospitales sin pago alguno, solamente para servir a sus semejantes. En cambio en la actualidad la mayor parte de los egresados de Medicina tiene como principal norte ganar dinero para pagar el esfuerzo y las deudas originadas por la carrera y por la especialización.

En cuanto a la percepción que el médico tiene de los demás, la mayor parte de las veces da la impresión de que se cree superior y que maneja información que los demás no pueden entender. Así, no es raro que si un paciente se informa y exige una explicación sobre determinado punto, esgrima como argumento que él es el médico.

Finalmente está el tema de la disposición del médico: a qué está dispuesto, para dónde va, qué quiere. Algunos han llegado a ser honorables miembros de la Cámara de Diputados de la República, lo que trae al recuerdo a médicos importantes como el Presidente Salvador Allende, que como ministro de Don Juan Antonio Ríos creó el programa de salud pública que le ha dado fama y bienestar al país; sin embargo, en la actualidad lo que impulsa a los médicos a actuar en estos ámbitos no es el logro del bien público, sino el conseguir objetivos de corte político, gremial y sindical, como lo demuestra el hecho de que el sujeto no se presenta a candidato al Parlamento como un ciudadano cualquiera, sino que utiliza como respaldo sus títulos y símbolos, en forma absolutamente impropia.

Rol y posición del médico: Los ciudadanos consideran que el médico tiene como deber sanarlos, pero muchas veces esto resulta complicado; sin embargo, aún más complicado es cumplir con el deber de ayudar a bien morir, como queda en evidencia por la cantidad de gente de muy avanzada edad y portadora de Alzheimer durante años, que puebla las UTI de la ciudad. Por otra parte, los derechos de los médicos son pocos, porque debe dar prioridad al servicio a los demás. Ésa es la contradicción que aqueja al médico actual: las personas esperan que les cure sus males a cambio de la gloria eterna, pero con la gloria eterna no se puede comprar comida ni pagar colegios, de modo que el sistema le ha puesto valor a todos los actos médicos y para muchas personas estos valores son excesivos. La posición del médico actual es de alta valoración social, por lo tanto tiene que tener elementos que la confirmen, como ropa de marca y autos caros; de hecho muchos de los jóvenes catalogados como "inteligentes" estudian Medicina para cambiar de posición

social o para ganar dinero, prestigio y fama, privilegiando la movilidad social por sobre el cumplimiento de algún rol.

El médico y sus vínculos

El médico debe enfrentar cambios en sus vínculos con la administración, con los sistemas derivados de ésta, con los ciudadanos y con los pacientes.

Los médicos son un problema para la administración, porque son como los artistas principales de un espectáculo, difíciles de manejar. En el actual modelo administrativo se maneja a los médicos con bonos y premios: por una parte, el empleador sabe que si a un médico los premios no le parecen adecuados se puede ir a otro lugar donde le ofrezcan algo mejor; pero por otra parte, el empleador espera que el médico respete las normas establecidas en su institución o centro de salud, ya que estas normas están pensadas para obtener el máximo rendimiento y eficacia de cada profesional.

El problema es que el acceso a estos sistemas de atención es difícil de entender para los ciudadanos comunes y corrientes, que muchas veces no perciben o no comprenden las barreras que se interponen entre ellos y los médicos que laboran en estos sistemas. Por ejemplo, piensan que un médico puede salir sin problemas desde cualquier lugar en que esté hacia la calle para atender una "emergencia" y no saben que esa salida podría ser catalogada por el empleador como abandono del puesto de trabajo y ser causal de sanción o despido, muchas veces por los reclamos de las propias personas que están siendo atendidas por el médico en ese momento. Tampoco saben que se ha desarrollado un sistema mucho más rápido y eficiente para atender a las personas que sufren accidentes graves en la vía pública, que es el Servicio de Atención Metropolitano de Urgencia y no piensan en llamarlo: lo único que ven es que el médico que está adentro "no quiere" salir. Este tipo de situaciones, en las cuales influyen muchos otros factores, ahonda la sensación de falta de relación directa entre el profesional y la ciudadanía.

Los pacientes también han ido cambiando en el tiempo. Hay cambios en la nacionalidad debido a la gran cantidad de inmigrantes, especialmente en las ciudades del norte de Chile, lo que implica un cambio en las enfermedades, por ejemplo, la emergencia de enfermedades tropicales. También ha cambiado el nivel de acceso a la información, de modo que hoy los pacientes saben más sobre posibles tratamientos y sus consecuencias. Han cambiado sus ocupaciones y sus bagajes culturales, por lo tanto hay una definición de vínculos distinta. En esta definición de vínculos también influye el género, ya que el porcentaje de mujeres médicos es cada vez mayor, a pesar de lo cual en muchos aspectos la igualdad de derechos entre géneros es más discurso que realidad.

Los desafíos del presente

El primer desafío del médico actual es el de hacer frente a un mundo cada vez más diverso, compuesto por distintos grupo de personas que lo ven y lo definen de manera

distinta y esperan cosas distintas de él. Muchos médicos se formaron como si el mundo fuera homogéneo, pero ya no lo es.

El segundo desafío es adaptarse a los cambios tecnológicos y modelos explicativos. Todos los días se habla de los avances de la Medicina en la televisión, de modo que la gente espera que el médico esté enterado de esos avances y los aplique a sus pacientes. Por otra parte, si al médico le toca atender a gran cantidad de mapuches, como ocurre en el hospital regional de Temuco, deberá aprender a convivir con los modelos explicativos de esa población para sus problemas de salud.

El tercer desafío está dado por el cambio político de la sociedad, al cual el médico tendrá que adaptarse sin que ello deteriore su relación con los pacientes. Eso significa que el médico tendrá que buscar la forma de ser visto de mejor manera, o más claramente, por quienes lo rodean. Para esto tiene que asumir que los médicos no son homogéneos, no existe *El médico*, sino que existen *los médicos*; y desde ahí trabajar para destacar sus cualidades de eficiencia y servicio por sobre todos los otros aspectos que entrecruzan e impiden que estas cualidades se vean o se expresen con claridad. Es como la estrella de la figura: el médico deberá descubrir cómo hacer para ser percibido claramente por los observadores de la malla social en la que está inmerso. Para esto deberá superar su propia falta de claridad y sus propias contradicciones, que lo aquejan tanto a nivel individual como gremial; tendrá que encontrar la forma de determinar claramente el perfil de su accionar y lograr que este perfil se destaque y sea apreciado dentro de la sociedad en que se desenvuelve (Fig. 2).

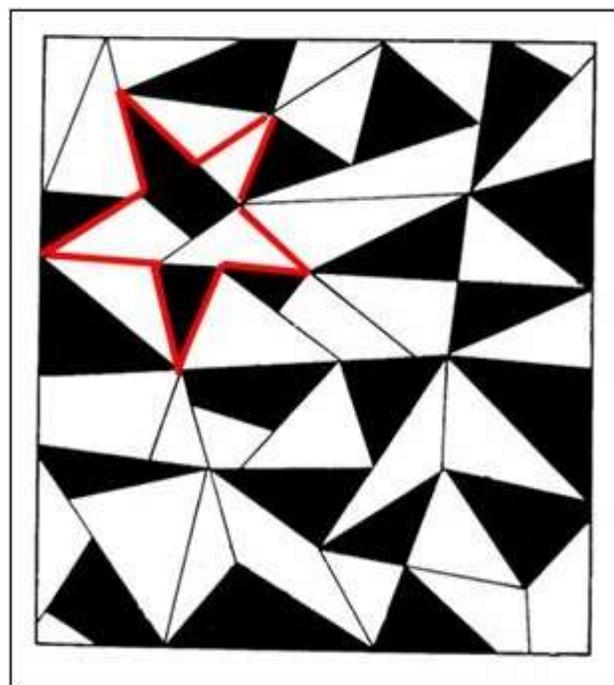


Figura 2. La estrella oculta (en rojo).



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción
del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito
correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.