

Artículo de Revisión

Crisis del modelo medico actual

Dr. Enrique Oyarzun Ebensperger

Obstetricia y Ginecología. Clínica Universidad de los Andes.

RESUMEN

La medicina es una de las profesiones que más cambios ha experimentado en las últimas décadas. El presente artículo describe esos cambios y señala como han modificado la práctica de la profesión y la relación médico-paciente. Al mismo tiempo describe la relación que posiblemente ellos tienen con la aparición transversal en las diferentes especialidades médicas del término de "burn out" o agotamiento que ha generado muchos artículos en los últimos años. Se sugieren posibles soluciones en la educación médica para evitar estos efectos en los nuevos profesionales.

PALABRAS CLAVE: modelo médico, crisis, "burn out", generaciones

ABSTRACT

Medicine is one of the professions that have undergone the most changes in recent decades. The article describes these changes and points out how they have modified the practice of the profession and the doctor-patient relationship. At the same time it describes the relationship that they possibly have with the transverse appearance in the different medical specialties of the term of "burn out" or exhaustion that has generated many articles in the last years. Possible solutions are suggested in medical education to avoid these effects in the new professionals

KEYWORDS: medicine, burn out, generations, milenials, crisis.

Precise: Los cambios de la medicina y de la sociedad en los últimos años se han asociado a cambios en la relación médico-paciente y han favorecido cambios negativos entre los profesionales de la salud.

La medicina es una de las profesiones que más cambios ha experimentado en las últimas décadas. Tales cambios han modificado significativamente el ejercicio de la profesión y no han sido indiferentes para los que practicamos las diferentes especialidades de ella, en especial si consideramos que los médicos somos profesionales estructurados y reticentes al cambio.

Diferentes características de la práctica médica actual difieren profundamente de la práctica clásica. Nuestra generación y las pasadas fuimos entrenados para estudiar toda la vida, para ser consultados a cualquier

hora del día o de la noche, para trabajar muchas horas seguidas y pasar horas sin dormir. Actualmente, hay más preocupación por la familia, por la calidad de vida, y hay conciencia de las horas sin comer o sin dormir. La generación actual espera dinero suficiente y una mejor vida familiar, mientras que la generación denominada "baby boomers" (nacidos entre los años 1945 y 1964) ejercía su trabajo como primera prioridad en su vida, lo que en el caso de la medicina, de por sí absorbente, resultaba más evidente.

La medicina en la actualidad se ha institucionalizado, y los médicos, tradicionalmente profesionales independientes, nos transformamos en empleados dependientes (de instituciones privadas, de servicios públicos, de aseguradoras de salud). De hecho, en Estados Unidos, el 75% de los médicos trabaja hoy como empleados a sueldo. El Estado, tradicional

empleador en Chile, ha sido superado largamente por instituciones privadas (menos de la mitad de los médicos del país trabaja hoy en servicios públicos) (1,2)

Lo anterior ha favorecido que a diferencia del pasado en que la relación médico-paciente era absolutamente confidencial, actualmente queda bajo el escrutinio institucional. La confidencialidad de la ficha clínica también se ha reducido considerablemente, porque ella está disponible para isapres, juzgados y otros.

Tradicionalmente la comunidad médica fue el reservorio privilegiado de la información sobre la salud humana. La globalización y la internet han cambiado esto para siempre. Y la convergencia de la información digital llevará necesariamente a la salud individualizada, a la identificación de cada individuo en el más amplio sentido de la palabra. La concepción de una medicina personalizada en el futuro debe balancearse con la enseñanza hoy vigente, medicina basada en evidencias, que ofrece soluciones para la población general, pero no necesariamente para un individuo en particular (William Osler, 1899, "*care more particularly for the individual patient than for the special features of the disease*").

Los pacientes, por su parte, no solo buscan reducir los costos que pagan, sino atenderse en sitios cercanos a donde viven, especialmente en un país en que los cambios demográficos y la mayor riqueza han permitido que aumente la demanda de servicios de salud.

La relación médico-paciente ha cambiado y es posible que se haya deteriorado, al menos en ocasiones. En esto han influido diferentes factores: el avance tecnológico acelerado, la judicialización de la medicina sin dudas, pero también las exigencias de mejor gestión y productividad, y, además, el paciente está más informado y tiene expectativas mayores que frecuentemente se ven frustradas. De hecho, los estudios locales muestran que en más del 90 por ciento de las ocasiones busca información sobre sus dolencias en internet (3). Existe además, creciente interés por las terapias alternativas (desde 2008 el MINSAL ha registrado a 839 terapeutas acupunturistas, homeópatas y naturópatas), y frecuentemente se busca una segunda y tercera opinión.

El estudio "To err is human" de la Academia de Medicina de los Estados Unidos (1999) (4) puso en evidencia que el error médico existía y que no era despreciable (las muertes por errores médicos superaban las muertes por accidentes de tránsito). El libro "El pa(de)ciente. La medicina cuestionada. Un

testimonio" de Miguel Kottow (2012) dejó constancia, además, del deterioro de la relación médico paciente. Eugenio Tironi publicó el 2006 un libro llamado "La desconfianza de los im-pacientes" donde plantea que el paciente en general es ahora un consumidor informado; no acepta argumentos de autoridad, imprecisiones ni errores; desea una relación horizontal, racional y en línea; exige calidad en todos los aspectos incluyendo la oportunidad de la atención; y, actúa solo o en grupos para mejorar el manejo de sus problemas (ejemplos en obstetricia y ginecología: grupos de madres de hijos con espina bífida, observatorio de violencia obstétrica, grupos de pacientes infértiles. Uno de los mejores ejemplos del poder de las redes sociales fueron el 2011 las revoluciones en Túnez, Egipto, Yemen y otros países),

Por otra parte, la mujer realiza múltiples esfuerzos para mantener los equilibrios entre esposo, hijos, casa y trabajo. De hecho, ya en 1992, un trabajo publicado en la Revista Médica de Chile mostraba que un tercio de las mujeres médicos sentía que su familia había afectado su desarrollo profesional, y 60% creía que su profesión había afectado negativamente su vida familiar. Esto no es indiferente para la práctica de la medicina, dado que el predominio masculino en la profesión decrece progresivamente; 80% de los residentes en obstetricia y ginecología en Estados Unidos son mujeres, y al menos el 50% de los ginecólogos activos. En Chile, en los últimos años, el predominio de mujeres en los programas de residencia también se ha hecho evidente (5,6).

Los cambios epidemiológicos han traído factores de riesgo diferentes a los del pasado; hay mucho sobrepeso, mucha obesidad, embarazos en mujeres de más edad y con más patologías coexistentes, hay inmigrantes que traen enfermedades y problemas desconocidos para nuestro medio. Esto aumenta el uso de exámenes y recursos tecnológicos cuyo beneficio no siempre se ha demostrado.

Ejemplos de lo anterior hay varios:

1) En septiembre 2016 Lancet, la revista médica de mayor prestigio, publicó el primer estudio que comparó la cirugía de próstata vía robot y la cirugía tradicional (abierta). A 10 años de la primera prostatectomía robótica, y habiéndose generalizado esta técnica en los Estados Unidos, no había estudios que probaran su eficacia y/o ventajas. El estudio mostró que a 12 semanas de la cirugía, no había diferencia alguna entre ambas técnicas, siendo la robótica muchísimo más costosa.

2) En 2014 Facebook y Apple ofrecieron a sus empleadas la posibilidad de congelar sus óvulos para tenerlos "jóvenes" y disponibles cuando quisieran ser madres a edades más avanzadas, de modo de poder aprovechar al máximo su edad productiva desde un punto de vista laboral, no perdiendo tiempo y energía en la maternidad. Igualmente muchos gobiernos aceptan subvencionar costosas terapias de fertilidad para su disponibilidad masiva a diferentes edades de las mujeres, pues suponen que es bueno invertir en educar a la población respecto a que es mejor buscar la maternidad a edades mayores. De hecho la tecnología disponible permite hoy que las mujeres puedan embarazarse sin recurrir a la relación sexual, una de las máximas expresiones del amor humano.

3) La ultrasonografía ha sido un aporte fundamental en el control prenatal. Sin embargo, muchas embarazadas se hacen más exámenes ecográficos de los que se necesitan, y reemplazan a veces el control prenatal por la visualización ecográfica del feto in útero. Si bien es cierto mirar a la criatura puede ser más satisfactorio para los padres, no es menos cierto que puede haber efectos deletéreos y desconocidos sobre el feto sobreexpuesto a ultrasonido, y que se dejan de hacer procedimientos que son fundamentales para un buen resultado del embarazo. De hecho, lo que ha reducido las muertes maternas y perinatales en el mundo, no es la tecnología de última generación, sino el control prenatal, el registro clínico adecuado y la existencia de redes que permitan trasladar pacientes de centros de menor complejidad a otros de mayor complejidad.

4) En el último año y con posterioridad a que la FDA en Estados Unidos aprobara el uso de flibanserina (después de haberla rechazado en dos ocasiones y respondiendo quizás a presiones variadas), píldora que aumentaría la libido femenina, se publicó un estudio que señala sólo una discreta mejor vida sexual (0.3 puntos en un score de 5) a expensas de efectos laterales en el 10% de las mujeres (somnia, sedación, fatiga, hipotensión y síncope).

Las innovaciones tecnológicas suelen entonces no ser sometidas a adecuadas evaluaciones, porque ellas se oponen a la incertidumbre médica y a la incapacidad de reconocer los propios sesgos, y, además, porque médicos y población general son extremadamente sensibles a la publicidad agresiva y a las luces de las nuevas tecnologías.

Paralelamente, la velocidad del desarrollo tecnológico supera la posibilidad de que ese desarrollo se acompañe de una reflexión filosófica adecuada. Los costos además de las nuevas tecnologías disminuyen

con el tiempo y se hacen más alcanzables para muchos. Así por ejemplo, la primera secuenciación del genoma humano tomó 13 años y costó 2.7 billones de dólares. En 2010 múltiples genomas pueden secuenciarse en menos de 2 semanas, y por 28 mil dólares.

Para complicar más las cosas suele no bastar un descubrimiento único para cambiar el curso de una enfermedad. Francis Collins descubrió en 1989 el gen responsable de la fibrosis quística (80 mil individuos en el mundo). Sin embargo, solo en 2011 se pudo avanzar en el tratamiento con esa información porque se publicó un estudio randomizado en 161 pacientes que se beneficiaron de una nueva droga, y esto es porque en relación al gen afectado hay más de 1800 mutaciones asociadas, cada una de las cuales se asocia a diferentes defectos moleculares en el transporte del cloro a través de las membranas.

El desarrollo tecnológico cambia además la forma en que se practica la medicina y la forma en que los médicos nos relacionamos con los pacientes. Ya existe la posibilidad de evaluar una serie de parámetros a través del teléfono celular (<http://www.spiegel.de/international/business/dr-smartphone-the-medical-profession-s-digital-revolution-a-1158548.html#ref=nl-international>)

El progreso debe hacernos reflexionar y debemos ser críticos frente a él, para juzgar lo que es mejor para cada uno de nuestros pacientes en particular. El psiquiatra Otto Dorr ha escrito y presentado bellísimos ensayos y conferencias describiendo cómo la postmodernidad, bajo el imperio de la técnica y la pérdida del sentido religioso de la existencia, ha permitido que la inmediatez reemplace toda posibilidad de reflexión. Y esto no es menor, porque cada paciente que acude a un médico requiere no sólo una atención personalizada, no sólo medicamentos específicos, sino muchas veces sólo ser escuchado.

El avance tecnológico acelerado ha favorecido por cierto la hiperespecialización, haciendo realidad lo que Armando Roa escribió años atrás: *"aquí surge el malestar profundo de la medicina contemporánea; por un lado, siente como un atractivo deber cultivar la tecnología y ser actora de su desarrollo; pero la tecnología exige para su dominio la parcelación del hombre en trozos cada vez más pequeños, trozos de cuya suma no resulta un hombre entero....algo lo aperpleja, el sentirse infiel a lo que le atrajo a su vocación de médico: velar por la salud del hombre entregado a su cuidado, encontrarle sentido a su vida, tratarlo como persona y no como cosa"* (7).

Es en el contexto anterior, en la vivencia de las diferencias entre la práctica médica tradicional y la actual que emerge lo que hoy surge como preocupación entre los médicos de todo el mundo y de todas las especialidades, el término "burnout" en inglés, o agotamiento, que se ha puesto de moda en cierta manera porque muchos artículos en diferentes revistas científicas se han referido al tema. Hoy se considera que todos los profesionales médicos están en riesgo y es muy probable que el análisis previo explique esto. "Burnout" no es stress; es agotamiento, ausencia de entusiasmo y motivación, sentimientos de ineficiencia, frustración y cinismo, que resultan en desapego, desmotivación y menor eficacia. Además se puede asociar a enfermedades orgánicas (infertilidad, aborto, embarazos patológicos).

Ha surgido este término en el corazón de la generación "milenio" (nacidos entre 1980 y 2000) porque los nuevos médicos son posiblemente los que más lo sufren, porque ellos no ven el trabajo como lo esencial de sus vidas, desean una vida familiar confortable y el trabajo es sólo un medio para ella. La especialidad de obstetricia y ginecología en particular, es por cierto, la menos controlable de las especialidades médicas. Además, desde un punto de vista psicológico, los mismos atributos que hacen que un médico sea exitoso (conducta tipo A, dedicación obsesivo compulsiva), aumentan el riesgo de "burnout" profesional.

De modo que los médicos también son afectados por el estrés, motivo frecuente de enfermedad en nuestra época, estrés por adaptarse a los cambios, a las nuevas formas de comunicación, a los cambios en la relación médico paciente, a las fichas clínicas informatizadas que se modifican de un centro a otro, a las comisiones de acreditación y certificación que vigilan su acción diaria, al temor al error médico, al poder de las redes sociales y la obligación permanente de autofinanciarse (lo que las instituciones de salud sólo pueden hacer a través de las prestaciones de salud que otorgan). De hecho, un estudio en Estados Unidos en 2014 mostro que 60% de los médicos desearía haber escogido otra profesión.

Estudios recientes muestran que la depresión es más frecuente de lo que se pensaba entre los médicos, así como los problemas emocionales, tensiones, y abuso de sustancias.

Actualmente se estima que 40 a 75% de los gineco obstetras sufren de "burnout" profesional, haciendo que el riesgo vital incluso sea una certeza. Como en otras cosas de la vida contemporánea, el "burnout" no

es nuevo. Lo que es nuevo es el reconocimiento abierto de que existe y su prevalencia. La frecuencia en médicos es el doble de la que existe en otros trabajadores (8)

Estudio en cirujanos de los Estados Unidos mostró que 40% estaban agotados, 30% tenía signos de depresión y 28% tenía calidad de vida mental bajo la normal poblacional. 50% anestesistas revelan burnout positivo. Neurocirujanos tienen casi 60% de burnout y un tercio de ellos no elegiría la misma carrera otra vez. Y esto no afecta sólo a los Estados Unidos (9-14).

Entre ginecólogos oncólogos, un 30% se manifiesta emocionalmente exhausto; pero además, signos de depresión afectan a un tercio o más de los médicos evaluados, incluyendo 13 % de ideación suicida y 15 % de abuso de alcohol. 40 % no desearía que sus hijos estudiaran medicina. La ideación suicida es más prevalente entre médicos que en la población general, y el doble de frecuente entre médicos varones en comparación a mujeres (15-17).

Entre los becarios o residentes el "burnout" sería hasta de 75 por ciento (18-21). Un estudio de 2016 mostro que "screening" positivo para depresión, somnolencia patológica y dormir menos de 7 horas en la noche eran predictores independientes de "burnout" en estudiantes de medicina. Y las mujeres tendrían mayor riesgo (22,23).

Se han diseñado herramientas simples para pesquisar el "burnout". Si se contestan, por ejemplo, afirmativamente 5 o más de las siguientes preguntas, el sujeto tiene el diagnóstico:

1. ¿ausencia de placer en otras actividades (anhedonia)?
2. ¿manifiesta cinismo?
3. ¿su trabajo afecta la familia?
4. ¿teme ir al trabajo?
5. ¿se irrita fácilmente?
6. ¿envidia a quienes ve felices?
7. ¿no se preocupa de sus acciones?
8. ¿presenta cansancio, fatiga o poca energía?
9. ¿está aburrido?
10. ¿está deprimido antes de la semana laboral?

En suma, la medicina en nuestro país ha logrado resultados en sus indicadores que son comparables a los de los países más ricos del mundo, pero con un PIB 4 o 5 veces inferior y gastando menos en salud que esos países. Dicho eso, es claro que las etapas que vienen son diferentes; la salud debe buscar ahora solidaridad, justicia y equidad para la población. Debemos aceptar que quienes ejercerán la medicina en los próximos años son sociológicamente diferentes a las generaciones anteriores, y que la presión que se

vive al interior de la profesión no se compadece de los sueños de la generación actual. Para ello es fundamental tomar medidas que puedan prevenir el agotamiento y los cambios psiquiátricos que son manifestaciones frecuentes en esta época. ¿Cómo prevenir? :

Soluciones

La llave del éxito es como siempre el balance, el equilibrio entre el control y la demanda, tener mayor control sobre la agenda y horas trabajadas. La tecnología que supuestamente reduciría la carga de trabajo, fichas electrónicas y otros, han agravado el problema (24).

Deben realizarse esfuerzos por establecer prioridades, tener amigos y convivir con ellos, dormir, disminuir horas de trabajo, crear ventanas libres, resolver situaciones y mensajes antes de irse a casa, tener algún hobby, practicar algún ejercicio físico. Y *"let some things go"*, más algunos otros aspectos de la psicología positiva (por ejemplo, terminar el día pensando en dos o tres cosas buenas que ese día hayan ocurrido).

Los centros académicos son o deben ser parte, también, de la solución. Los centros académicos forman las nuevas generaciones de médicos, y existen para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de las personas, para liderar los caminos del descubrimiento y así mejorar la salud de los individuos y de las sociedades, y para entrenar a la nueva generación de cuidadores de la salud para que entreguen el nivel más alto de cuidado y atenciones. En el cumplimiento de estos objetivos, debe reforzarse en aquellos que se inician en el ejercicio de su vocación lo esencial de la medicina clásica: escuchar al paciente, y enriquecer la vida espiritual porque ello favorece una permanente reflexión sobre nuestro quehacer. Una idea que puede ayudar en estos objetivos es la realización en los centros académicos de cursos humanistas como lecturas de los clásicos y filosofía de las ciencias en su currículo. Esto es mucho más importante que pedir a veces exámenes sofisticados que pueden conducir a errores más que a certezas. Si no cuidamos esto que es parte del arte médico, la medicina será solo una técnica y los pacientes pagarán las consecuencias.

"Medicine is not merely a science but an art. It does not consist in compounding pills and plasters and drugs of all kinds, but it deals with the processes of life that must be understood before they can be guide. A powerful will may cure, when doubt would end in

failure. The character of the physician may act more powerfully upon the patient than all the drugs employed".

Paracelsus (1493-1541)

"Doctors prescribe medicine of which they know little, To cure diseases of which they know less, In human beings of which they know nothing"

Francois-Marie Arouet (Voltaire) (1694-1778)

REFERENCIAS

- Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med de Chile 2011;139:559-570
- Goic A. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. Rev Med de Chile 2015;143:774-786
- Primer Reporte de E Health en Chile. Daniel Halpern, Axel Troncoso, Francisco Goic, Alejandra Reinoso, Camila Figueroa (en la web).
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. To err is human. Building a safer health system. Washington, DC. National Academy Press, 1999
- Mujer Medico: trabajo y familia. Arancibia S Monica, Calderon H Perla, Gutierrez C Lorena et al Rev. Med de Chile 1992;120:1299-1303
- Blanchard, May Hsieh. Work...life...balance? Obstet Gynecol 119 (1):177-179 (descripción de las generaciones)
- Roa A. Especializacion y deshumanizacion de la medicina. Rev Med de Chile 1989;117:1299-1304 (aquí esta el párrafo de Roa que cito en el paper)
- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc 2015; 90 (12):1600-13.
- Shanbafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg 2009; 250 (3):463-71
- Rama/Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem. Curr Opin Anaesthesiol 2015; 28 (2): 151-8
- McAbee JH, Ragel BT, McCartney S et al. Factors associated with career satisfaction and burnout among US neurosurgeons: results of a nationwide survey. J Neurosurg 2015;123 (1): 161-73
- OKelly F, Manecksha RP, Quinlan DM et al. Rates of self reported burnout and causative factors amongst urologists in Ireland and the UK a

- comparative cross sectional study. *BJU Int* 2016; 117 (2): 363-72
13. Wurm W, Vogel K, Holl A et al. Depression burnout overlap in physicians. *PLoS One* 2016; 11 (3): eO149913
 14. Leung J, Rioseco P, Munro P. Stress, satisfaction and burnout amongst Australian and New Zealand radiation oncologists. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2015; 59 (1): 115-24).
 15. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT et al. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001;64:69-79
 16. Bernal M, Haro JM, Bernet S et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007;101:27-34
 17. Rath KS, Hurffman LB, Phillips GS et al. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213(6):824.e1-9
 18. Medscape Lifestyle Report 2016. Bias and burnout. September 16, 2016
 19. IsHak WW, Lederer S, Mandili C et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ* 2009; 1(2):236-42
 20. Parr JM, Pinto N, Hanson M et al. Medical graduates, tertiary hospitals, and burnout: a longitudinal cohort study. *Ochsner J* 2016; 16(1):22-6
 21. Arora M, Diwan AD, Harris IA. Prevalence and factors of burnout among Australian orthopaedic trainees: a cross sectional study. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2014; 22(3): 374-7
 22. Wolf MR, Rosenstock JB. Inadequate sleep and exercise associated with burnout and depression among medical students. *Acad Psychiatry* 2016 (Epub ahead of print)
 23. Gyroffy Z, Dweik D, Girasek E. Workload, mental health and burnout indicators among female physicians. *Hum Resour Health* 2016; 14:12
 24. Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C et al. Between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clin Proc* 2016;91(7):836-48
- la profesión médica en Chile. *Rev Med de Chile* 2004; 132:1425-1430
- Jimenez de la Jara, J. Cambios en el entorno del trabajo médico *Rev Med de Chile* 2004; 132:637-642
- Leape L. Error in medicine. *JAMA* 1994; 272:1851-7
- Goic G, Alejandro. Fuentes de error en clínica. *Rev Med de Chile* 2001; 129:1459-1462
- Toso A, Ayala MJ, Brunner V, Rodriguez J et al. Intereses y perspectiva sobre la carrera de medicina: un contraste entre estudiantes de medicina de primero y séptimo año. *Rev Med de Chile* 2012; 140:609-615
- Rodriguez JA. La globalización y el futuro de la medicina. Conferencia presentada en sesión ordinaria Academia de Medicina de Chile, de fecha 5 de septiembre de 2012
- Smith R. Thoughts for new medical students at a new medical school. *BMJ* 2003; 327: 1430-1433. Este artículo me gusta mucho. Richard Smith es editor del *BMJ* y da consejos aquí a los estudiantes de medicina sobre la importancia de lo que hacen, y de cómo ser felices practicando la medicina al final del día.
- Golden Richard L. William Osler at 150. *JAMA* 1999; 282 (23): 2252-2258.

Párrafo adicional en relación a las observaciones de los revisores:

Me ha parecido relevante más que modificar el trabajo original agregar algunos pensamientos que permitirán responder mejor a las observaciones de los revisores del presente trabajo, en especial porque nos ha parecido que ellas reflejan lo que el trabajo pretendía: favorecer el diálogo y la reflexión respecto de un tema que hoy es transversal y preocupación de muchos en diferentes latitudes. Basta como aval de esa afirmación revisar los últimos números de las revistas de la especialidad y *JAMA*, por ejemplo.

No pensamos que los tiempos pasados fueron necesariamente mejores que los actuales. Toda época vive sus propios desafíos y cambios respecto de la anterior. Es claro, sin embargo, que nuestros tiempos son especiales. Como ha escrito Yuval Noah Harari, “después de haber reducido la mortalidad debida al hambre, la enfermedad y la violencia, ahora nos dedicaremos a superar la vejez e incluso la muerte”

No hemos revisado en nuestro trabajo los cambios ocurridos en el modelo de atención médica a lo largo del tiempo. Eso habría desvirtuado quizás nuestros

Otras lecturas sugeridas:

- Roa, Armando. Medicina: Aurora de las nuevas épocas.. *Rev Med de Chile* 1986; 114:1079-1084
- Vuckusich C Antonio, Olivari P Francisco, Alvarado A Nelly, Burgos M Gloria. Causas de la crisis de

objetivos, que buscaban plantear un tema que no ha sido muy desarrollado en el medio nacional y estimular la búsqueda de ideas que favorezcan el encanto de la profesión a pesar de sus dificultades actuales.

Estoy convencido de que pensamientos antiguos como los de Paracelso revelan verdades aún vigentes: la relación médico paciente ciertamente contrarresta las desconfianzas y la judicialización; la fuerza y confianza que el médico pueda transmitir resulta, en ocasiones, tanto o mejor que una droga. Tampoco tengo dudas de que cuando la paciente en vez de dudar continuamente, y buscar múltiples opiniones, se entrega a su tratante y confía en él, los resultados son mejores.

El rol de la religión y/o la espiritualidad en la curación y sobrevida de los pacientes ha sido analizado en numerosos trabajos recientes, pero no me he querido referir a ellos aquí porque justifican un trabajo también más largo y específicamente dedicado al tema. Sin embargo parece haber consenso hoy de que cualquier forma de espiritualidad y/o de creencia religiosa ayudan a los enfermos.

Crisis se define en el diccionario de la Real Academia Española de acuerdo a varias acepciones: cambio brusco en el curso de una enfermedad, mutación importante en desarrollo de otros procesos o situación dificultosa o complicada, entre otras.

En nuestro caso, crisis tiene que ver con lo que esta explicitado en el trabajo: cambios en la forma de ejercer la medicina, pacientes más informados, relación médico paciente transversal y no vertical ni paternalista, pérdida de la confidencialidad, invasión de la informática que exige muchas veces pasar más horas frente al computador que frente al paciente, creer que es más importante realizar exámenes de laboratorio que escuchar al paciente relatar sus dolencias, desestimar el rol del médico al escuchar y permitir que el paciente realice catarsis, la judicialización de la medicina y el temor a los juicios, y todo esto sumado a cambios sociológicos que sin duda existen y que incluyen formas de comunicación diferentes. Todo esto genera una relación médico paciente diferente, con desapego mayor por parte del médico que busca privilegiar su ritmo de vida, y el deseo de muchos médicos de haber estudiado algo

diferente así como de que sus hijos no estudien medicina. De tal modo que no hay un choque generacional. Hay una crisis del modelo porque hay cambios importantes en el desarrollo de los procesos médicos, y además hay una generación sociológicamente diferente que la agudiza.

Superar la crisis implica en primer lugar reflexionar al respecto de modo de reconocer los problemas, y evaluar aspectos que debemos mantener, modificar o mejorar. Creo que en aspectos concretos, la tendencia en el mundo es a una medicina más socializada, más dependiente del Estado que de los privados; creo que la carrera de Medicina puede y debe acortarse (lo que por lo demás ha sido sugerido ya en otras instancias); el tercer año de una beca de especialidad puede ser el primer año de una subespecialidad; creo que la carrera de Medicina debe incluir cursos humanistas regularmente; creo que debe tenderse a tener una ficha clínica en informática única, igual en todos los centros de salud. Creo que la forma de trabajo de los médicos debe cambiar para reencantar a todos los que practican la medicina. En nuestra especialidad, por ejemplo, obstetricia y ginecología, creo que en el futuro puede haber médicos que trabajen la mayor parte del tiempo viendo pacientes en consultorio, otros en partos y otros en pabellón quirúrgico. Nuestra especialidad es una especialidad primaria, y existen mejores resultados cuando los tratantes realizan más procedimientos. La práctica de la especialidad con médicos que atienden algunos partos al mes, que operan una histerectomía cada cierto número de meses y con disponibilidad 24/7 debe repensarse.

Respecto a la importancia de las redes sociales, aspecto tratado parcialmente en el trabajo, el Dr. José Adolfo Rodríguez presentó hace un par de años una conferencia en la Academia de Medicina donde se refirió específicamente a este tema.

De acuerdo al modelo bajo el cual hoy se enseña la Medicina ("basada en evidencias") no existen soluciones únicas o definitivas para los problemas planteados. Estoy seguro, sin embargo, de que si reflexionamos al respecto seremos suficientemente creativos para buscar caminos nuevos.