

Malestar en los profesionales de la salud ¿Cómo cuidar a los que cuidan?

*Discomfort in Health Care Professionals
How to Care for Those Who Care?*

El mejor remedio contra todos los males es el trabajo.

CHARLES BAUDELAIRE

INTRODUCCIÓN

En la atención médica, existen principios éticos tácitos que guían a los profesionales. El principal es el compromiso de beneficiar al paciente y evitar producirle daño; también es necesario respetar la autonomía de sus decisiones y hacer lo posible como médicos para que exista justicia en la atención de salud. Este fundamento subyace en lo profundo y orienta la visión de la inmensa mayoría de los cuidadores de la salud y gratifica su accionar.

Sin embargo, está claro que, en las últimas décadas, debido a la creciente y abrumadora demanda, con mayores horas de trabajo en que se realizan muchas tareas de oficina no relacionada directamente con la atención, se ha generado una sensación de frustración en los clínicos asistenciales por no poder cumplir integralmente su misión de curador y los ha llevado a experimentar un estrés creciente con tasas alarmantemente altas de desgaste profesional (llamado por primera vez en 1974 en la bibliografía inglesa como *burnout*, tomado como metáfora de la física de los metales, que indica que aun estando quemado o fundido continua funcionando), (1) depresión e, incluso, suicidio, lo que amenaza no sólo su bienestar profesional, sino también personal.

Parafraseando el epígrafe de Baudelaire, más que “el mejor remedio de todos los males”, el trabajo que realizan los profesionales, paradójicamente, enferma.

“Más de la mitad de los médicos de Estados Unidos informan síntomas significativos de desgaste –una tasa más del doble que entre profesionales en otros campos–. Más aún, conocemos que el problema comienza en forma precoz. Los estudiantes y los residentes médicos tienen tasas más altas de desgaste y depresión que sus pares que están siguiendo carreras no médicas. Esta tendencia no está limitada a los médicos: las enfermeras también experimentan alarmantes tasas de desgaste. Los clínicos son humanos y se produce un ‘peaje’ personal cuando las circunstancias le hacen difícil cumplir su compromiso ético y suministrar la mejor atención posible”. (2)

En la Argentina, en un hospital universitario, participaron 6 programas de residencia de 15 y completaron

92 la encuesta de desgaste de 196 residentes totales. El 80% presentaban alguno de los síntomas de desgaste (*burnout*) y un 20% tenían síntomas de moderados a graves. (3)

En una encuesta anónima y voluntaria, realizada a 280 residentes de cardiología en el marco de las XXIX Jornadas del CONAREC (Consejo Nacional de Residencias de Cardiología) 2009, se analizaron distintas variables, entre ellas el MBI (*Maslach Burnout Inventory*), en las 3 categorías: 45% presentaban *agotamiento emocional* (30% moderado a alto), 25% *despersonalización* (17% moderado a alto) y 40% ausencia de *realización personal* (27% moderado a alto). El 55% se siente frecuentemente defraudado con el trabajo y la mitad manifiestan que se sienten frustrados. (4)

Se describe el “desgaste” (*burnout*) según las 3 categorías del MBI (*Maslach Burnout Inventory*): es un síndrome caracterizado por *agotamiento emocional*, que es una combinación de fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sensación de inutilidad, *despersonalización*, que incluye manifestaciones de sentimientos negativos, actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja, e inhabilidad de expresar empatía o pena, *sentimiento de falta de logro* o realización personal en el trabajo, tendencia a valorarse negativamente en la habilidad laboral y en el trabajo cumplido, e insatisfacción con el papel profesional y sensación de efectividad reducida.

Esto se expresa en conductas de: a) *evitación del compromiso emocional* con los pacientes, con pérdida de contacto y falta de respuesta a las emociones del otro; b) *disociación instrumental* con conductas rígidas y automáticas, lenguaje técnico e intervenciones innecesarias; c) *negación* con actitudes que descalifican e intervenciones hipercríticas; d) *impulsividad* con confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal; e) *desmotivación* con una baja autoestima, falta de iniciativa y poca participación. (1, 2)

OTRAS COMPLICACIONES DEL DESGASTE PROFESIONAL

Hasta ahora nos hemos ocupado del costo humano del síndrome de “desgaste” (*burnout*) en los profesionales de la salud, con la sensación de que estamos haciendo el trabajo equivocado. La introducción de la “historia clínica electrónica puede ser una espada de doble filo, porque da mayor flexibilidad para el trabajo, lo que habilita llegar a casa para cenar”, argumenta Tait

Shanafelt, profesor de Medicina en la Universidad de Stanford e investigador líder en desgaste médico. “Pero los médicos están trabajando un vertiginoso número de horas a la noche, y esto ha habilitado a las organizaciones a incrementar el objetivo de la productividad sin cambiar la infraestructura y el sistema de apoyo, agregando de manera efectiva un trabajo extra por completo oculto dentro del mes”. (5)

No hay duda de que la carga creciente de trabajo de oficina es una de las condiciones más grandes de desgaste en Medicina. Como Wright y Katz dicen: “los estudios del uso del tiempo muestran que por cada hora que el médico gasta con el paciente, gastan una o dos horas más para finalizar las notas, documentar los llamados telefónicos, pedir las pruebas, revisar los resultados, responder a los requerimientos del paciente, prescribir medicamentos y comunicarse con el cuerpo médico. Poco de este trabajo es actualmente reembolsado. En su lugar, está hecho en los intersticios de vida, durante el tiempo a menudo referido como “trabajo después del trabajo” –a la noche, los fines de semana y aun de vacaciones–”. (5)

Esto se pone de relieve por las tasas devastadoras de suicidio en los Estados Unidos: llegan a 400 los médicos que mueren por suicidio cada año. Es posible que cada uno de nosotros haya sido tocado por la tragedia de algún compañero de trabajo.

Además, los médicos con síntomas de desgaste tienen mayor recambio y el doble de probabilidad de dejar una organización que aquellos que no los tienen, y el costo de reemplazar un médico en Estados Unidos se estima en 500 000 a 1 000 000 de dólares, porque esta estimación refleja la pérdida de ingresos y los gastos para reclutar al médico, entrenarlo y que funcione dentro de la organización.

Pero más allá de los costos financieros que tiene en las instituciones, hay también costos para la seguridad de los pacientes. Es más probable que los médicos que presentan síntomas de desgaste cometan algún error médico mayor en los 3 meses últimos, tengan más juicios de mala-práctica, e infecciones asociadas a la atención y reciban un puntaje más bajo de satisfacción del paciente.

PARA DISMINUIR EL DESGASTE, ¿MEJORAR LA PERSONA O EL ENTORNO?

Con la aparición del desgaste, primero se han descrito factores personales que predisponen a este síndrome. Por ejemplo, ser mujer, soltera/o o padres de niños jóvenes, la insatisfacción con el trabajo, y otras; sin embargo, todavía no se ha identificado una relación causal de las características de la personalidad que permita identificar a los profesionales con riesgo elevado de desarrollar un síndrome de desgaste. Ahora se conoce que el desgaste se debe en gran proporción al entorno externo, que “incluyen las ineficiencias del proceso de trabajo (tales como las dificultades del sistema informático), excesivo horario y sobrecarga

de trabajo, conflictos trabajo-hogar, problemas con la cultura organizacional (tales como disfunción del grupo y estilos ejecutivos que descuidan la energía clínica) y la percibida pérdida de control y significado del trabajo”. (2)

En un hospital argentino con residencias médicas universitarias ya citado, se encontró una correlación significativa entre las encuestas de “clima educacional” (CE) y el MBI (*Maslach Burnout Inventory*) de desgaste. La correlación fue negativa entre CE y *agotamiento emocional* ($r = -0,24$) y la *despersonalización* ($r = -0,35$), y fue positiva entre CE y *realización personal* ($r = 0,44$). O sea, a mejor “clima educacional” menor *agotamiento emocional* y *despersonalización* y, a su vez, mayor *realización personal*.

En este momento, no existiría desacuerdo acerca de la gravedad o urgencia de la crisis actual de desgaste profesional y de la necesidad de actuar para mejorarla; pero es necesario coordinar y sintetizar los esfuerzos dispersos, que cada vez son mayores, para acelerar el progreso y comprometer influencias importantes más allá de la comunidad de salud, como los vendedores de nuevas tecnologías informáticas, los pagadores constituidos por las organizaciones de seguros públicos no voluntarios (obras sociales) o seguros privados voluntarios (prepagas), las agencias reguladoras y los que generan las políticas de salud.

Recientemente, la Academia Nacional de Medicina (ANM) de Estados Unidos asumió el liderazgo para lanzar una “Acción de Colaboración sobre el Bienestar y la Resiliencia de los Clínicos”. El objetivo de colaboración era realizar una base de datos con toda la evidencia relevante disponible, compartir el conocimiento y catalizar la acción colectiva, para construir a partir de los esfuerzos ya existentes.

La ANM hizo un llamado abierto que sobrepasó sus expectativas, actualmente están comprometidas 55 organizaciones centrales y una red de otras de más de 80.

“Cuatro son los objetivos centrales del trabajo inicial de colaboración: incrementar la visibilidad del estrés y el desgaste de los clínicos, mejorar la comprensión basal de las organizaciones de la atención de la salud de los desafíos del bienestar de los clínicos, identificar soluciones basadas en las evidencias y monitorizar la efectividad de la implementación de estas soluciones”. (2)

A su vez, los esfuerzos de colaboración se han organizado en cuatro corrientes principales de trabajo. El grupo de trabajo de “Investigación, Datos, y Métricas” que compila instrumentos de encuestas validadas, intervenciones basadas en evidencias e identifica la manera de calibrar el progreso del bienestar clínico. El grupo de trabajo del “Modelo Conceptual” creó un modelo conceptual amplio y establecerá una taxonomía que pueda compartir los factores claves. El grupo de trabajo de “Factores Externos y Flujo de trabajo” está explorando enfoques que optimicen la atención y la documentación en un medio ambiente de salud digital en rápido desarrollo. Y, por último, el grupo de trabajo

de “Mensajes y Comunicaciones” está identificando a los interesados claves y desarrollando mensajes que permitan diseminar la evidencia y el conocimiento disponible y, así, inspirar las acciones en los diferentes sistemas de salud.

Un punto clave de comunicación es un “centro de conocimiento *online*”, que se lanzará en el 2018, y serviría como repositorio amigable para los que quieran utilizar los datos disponibles, modelos y herramientas que permitirán compartir la información y construir relaciones productivas a los clínicos y otros interesados. La ANM alienta a todas las organizaciones e individuos interesados en el uso de sus productos y sus conductas (para más información ver el sitio web).

ALGUNAS EXPERIENCIAS PRELIMINARES PARA DISMINUIR EL DESGASTE PROFESIONAL

En la Escuela de Medicina de Stanford, realizaron una encuesta y se dieron cuenta que pocas mujeres universitarias se “sentían apoyadas” en el desarrollo de su carrera. Por lo tanto, consideraron nuevas formas de mejorar el desgaste y la integración del trabajo y la vida personal. Idearon una especie de “banco de tiempo” para asegurar que los universitarios fueran recompensados por actividades que pocas veces son reconocidas, tales como sería servir en “comités”. Además, permitía negociar el tiempo pasado en esas actividades por apoyo en el propio hogar, tales como que la organización suministre alimentos y servicios de limpieza, o apoyos en el mismo trabajo, como subsidios para escritura de artículos y secretaría de asistencia académica. Aunque estas iniciativas eran para todos, las mujeres utilizaron estos servicios con más frecuencia que los hombres, y aumentó aproximadamente al doble, al final del programa piloto, el número de mujeres universitarias que dijeron “sentirse apoyadas”.

Otros interesados en el sistema de salud están tomando en cuenta el desafío que genera el desgaste profesional, como los gerentes. Los ejecutivos jefes de 10 organizaciones mayores de atención de salud de Estados Unidos se reunieron en una cumbre para compartir las estrategias necesarias para combatir el desgaste médico y recomendaron 11 acciones, incluso medir y monitorizar activamente el bienestar del médico. Por ejemplo, el Presidente y Funcionario Ejecutivo Jefe de la Clínica Mayo, John Noseworthy, dice “usted gestiona lo que mide”, y para las condiciones de mando de sus CEO, además de las condiciones financieras y de calidad, mide el compromiso, la satisfacción y el desgaste del equipo que dirige, que informa al consejo de administración. Es que en la Clínica Mayo desde un estudio del 2013 se demostró que cada aumento de 1 punto de liderazgo, en mediciones de 60 puntos, estaba asociado con un 3,3% de disminución del desgaste. “Hay una relación lineal entre cuán empático, comprometido e implicado los líderes están con su grupo y la tasa de desgaste”. (5)

A su vez, el departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Colorado, en 2015, instituyó un modelo de excelencia ambulatorio basado en grupos, llamado proceso APEX. Este es un sistema en el que los asistentes médicos, cuyo número se aumentó a 2,5 por clínico, reúnen los datos rutinarios, realizan las prescripciones y controlan la consolidación de las medicaciones, identifican las oportunidades para aumentar la atención preventiva, hacen la agenda de visitas del paciente, que comparten e informan al médico o enfermera asistencial y documentan la visita. Cuando el médico se retira, el asistente médico provee educación y adiestramiento en salud al paciente. Este arreglo permite al médico y a los clínicos enfocarse en sintetizar los datos, realizar el examen físico y tomar las decisiones médicas sin distracciones.

Corey Lyon profesor asociado de la Universidad de Colorado explica: “El caos en las habitaciones de exámenes antes del APEX era análogo a escribir mientras se maneja” y agrega: “La mayor ventaja ahora es que la computadora no permanece más entre mi paciente y yo. Esto permite un pensamiento y una conexión más profunda”. (5)

El desarrollo del sistema implicó una serie de trabajos, no solo aumentar el número de asistentes médicos, sino también un significativo adiestramiento, programa estructurados, control, mantenimiento de su actualización y, sobre todo, flexibilidad en la implementación.

El APEX ha sido exitoso; a los 6 meses de lanzado la tasa de desgaste de los clínicos cayó del 53% al 13%, con mejoría en la prevención como en la tasa de vacunación para el neumococo y los rastreo de mamografía y colonoscopia, con un costo neutro porque era posible ver a mayor número de pacientes y reducir el tiempo de espera.

DISCUSIÓN

El sistema de atención de salud esta llegando a un punto crítico de inflexión, no se puede compatibilizar al mismo tiempo la tasa actual de desgaste profesional con el suministro de un cuidado de atención segura y de buena calidad.

Esto se refleja en lo que sucede actualmente con los residentes de cardiología, donde 1 de cada 3 residentes de primer año realizan 8 guardias por mes, y algunos llegan a 11. El 70% trabaja más de 60 horas semanales y 1 de cada 3 más de 80 horas. A su vez, el 87% duerme menos de 45 h semanales, menos de 6 h diarias y, 1 de cada 3, menos de 35 h, es decir menos de 5 h diarias. (6)

Para transformar esta situación se necesita no solo preocupación, sino, además, la inversión de la administración estatal, que debería regular y controlar, reconociendo y midiendo directamente la extensión del problema. Solo así, los datos resultantes tendrán la capacidad de informar si se están realizando los cambios necesarios políticos y culturales para adecuar el sistema de salud y al mismo tiempo promover el bienestar profesional.

El malestar de los clínicos se ha vuelto un hecho claro y el bienestar se ha convertido en una prioridad creciente, no solo para los propios profesionales, sino también para los que delinear las políticas de salud, los pagadores privados y públicos, y toda la sociedad que está interesada en las decisiones capaces de conducir a los cambios necesarios.

Por medio de una acción colectiva, donde las propias sociedades médicas se encuentren involucradas en la mejoría del bienestar de sus asociados, podremos no solamente reducir el desgaste y promover el bienestar profesional, sino también ayudarnos a llevar a cabo la misión que nos impulsó a trabajar en las profesiones curadoras, promover y proveer la mejor atención posible a nuestros pacientes.

Hernán C. Doval

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Catsicaris C, Eymann A, Cacchiarielli N y Usandivaras I. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* 2007;105:236-40.
2. Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human — Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. *New Engl J Med* 2018;378:312-4. <http://doi.org/cp5r>
3. Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr* 2014;112:e6-e11.
4. Pieroni P, Allin J, Lowenstein D, Pérez G, Guardiani F, Mettini S, y cols. Estado actual de las Residencias en Cardiología. Encuesta Nacional de Residentes 2009-2010. *Rev Argent Cardiol* 2011;79:167-78.
5. Wright AA, Katz IT. Beyond Burnout – Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. *New Engl J Med* 2018;378:309-11. <http://doi.org/cp5s>
6. Cigalini IM, Igolnikof DB, García Zamora S, Fallabrino LN, Colombo Viña NA, Tissera G, y cols. Estado actual de las residencias de cardiología: resultados de la 5° Encuesta Nacional de Residentes (ENARE V). *Rev Argent Cardiol* 2017;85:415-27.