

Malestar en la medicina. Insatisfacción y descontento en los médicos

El conocimiento no es suficiente. Debemos aplicarlo.

JOHAN W. VON GOETHE

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, muchos médicos y cardiólogos están insatisfechos e infelices con la calidad de su vida profesional. Resultan habituales las charlas informales con abundantes evidencias anecdóticas que los aquejan y las recientes encuestas de la SAC sobre la duración de la consulta médica y acerca de la calidad de vida profesional identifican algunos de los factores que subyacen a este descontento.

Cuando se ponen en palabras estos problemas, de los que habitualmente no se habla formalmente, deberíamos preguntarnos primero ¿de qué se quejan? y segundo, ¿están haciendo algo por ello?; si así fuera, sus respuestas no parecen exitosas.

Pero además de estos interrogantes, deberíamos plantearnos si un sistema de salud puede funcionar en forma efectiva cuando una fracción considerable de sus médicos están disgustados. ¿Los pacientes están bien atendidos por médicos insatisfechos e infelices?

Hay una creciente frustración en los médicos por la disociación que existe en sus intentos por brindar una atención ideal y las restricciones que impone el actual sistema de atención médica.

Uno de los mayores problemas que genera su insatisfacción es la pérdida de control sobre sus decisiones clínicas, o sea lo que se llama pérdida de la autonomía profesional, cada vez más acotada por el creciente papelerío administrativo de requerimientos de informes clínicos, que resulta intrusivo para su responsabilidad en la toma de decisiones, y por la necesidad de solicitar permiso para utilizar los recursos, por los llamados telefónicos de los pacientes ante el requisito de diferentes formularios, a lo que se ven forzados por el sistema fragmentado de atención de salud imperante. (1)

Muchos médicos están preocupados por estas limitaciones en su capacidad para tomar decisiones clínicas independientes y su incapacidad para referirlo al especialista que considera apropiado o prescribir las drogas o los procedimientos que considera óptimos para su paciente.

Estos problemas son los mismos por los que se quejan los pacientes, con el agravante de que el sistema actual de salud deja cada vez menos tiempo para el trabajo directo, de lo que ellos se lamentan, y que además impide la continuidad en el tiempo con aquel profesional con el que traban una relación de confianza, debido a las decisiones arbitrarias de las instituciones pagadoras, guiadas fundamentalmente por su rendimiento económico momentáneo. (2)

Otra fuente de descontento reside en que, para mantener sus ingresos, la mayoría de los médicos no sólo deben trabajar más horas, sino que también deben aceptar que les asignen más pacientes a sus ya atestadas agendas, maniobra que les permite a los empleadores abaratar más los honorarios de cada consulta. Estas actividades, a menudo, les dejan poco tiempo para sus familias, para el mantenimiento de su salud física, para la reflexión personal o para mantenerse actualizado con la literatura médica.

La solución de los pagadores para reducir el costo de la atención médica es solamente economicista, pero puede resultar perjudicial para los pacientes. Habitualmente analizan si, en un médico en particular, el número de derivaciones a especialistas o la cantidad de prestaciones está dentro de lo habitual, sin considerar cuál es el estándar óptimo y que además es probable que los médicos de más experiencia tengan una población selectiva de pacientes más complejos con mayores comorbilidades. Esta forma de proceder de las instituciones genera ansiedad y preocupación y una sensación de amenaza a la integridad del médico, a inducirlos a disminuir las prestaciones o rehuir a los pacientes más enfermos.

Si en realidad quisieran mejorar la calidad de la atención médica deberían premiar a los médicos que cumplan, en cierto porcentaje, con las guías de atención, como comenzó a realizar el Medicare en los Estados Unidos.

La respuesta de los aseguradores al aumento de los costos de atención como consecuencia de la introducción de nuevas tecnologías, nuevas drogas y el envejecimiento de la población es reducir los honorarios de los médicos con respecto a la tasa de inflación, a veces repentinamente y sin advertencia, retrasar los pagos o la negativa a los reclamos, con el agravante del gasto que deben afrontar los médicos para cumplir con regulaciones siempre más complejas y demandantes, a lo que se agrega la amenaza siempre presente de la mala praxis.

Estas tendencias deberían interesarnos como integrantes de la profesión médica por múltiples razones; una de ellas es que de esta regulación burocrática administrativa resulta que las visitas de consultorio son cortas y que a menudo se enfocan en solamente uno de los muchos problemas de salud del paciente (esto sucede sin reparar en el tipo de cobertura), por lo cual los pacientes pueden sufrir por la ausencia de atención a enfermedades concomitantes y a sus necesidades psicológicas, familiares y sociales, lo que también produce una erosión en la relación con su médico. Los pacientes también se desfavorecerán si sus

médicos se vuelven menos expertos y menos actualizados en sus campos específicos.

ENCUESTAS DE INDICADORES SUBJETIVOS Y OBJETIVOS DE INSATISFACCIÓN

Existe una extensa bibliografía en Europa y en los Estados Unidos que señala que los médicos, en encuestas recientes, piensan que están atendiendo a sus pacientes en menos tiempo que en los años anteriores. Si bien algunas afirman que el tiempo total de la consulta no cambió significativamente, lo que surge con claridad es que de ese tiempo total el tiempo directo dedicado al paciente ha disminuido, porque ha aumentado sustancialmente el tiempo necesario para el papelerío administrativo burocrático. (3)

Recientemente, desde el Comité de Bioética y el Área de Investigación y de Recursos Instruccionales de la Sociedad Argentina de Cardiología se realizó una encuesta sobre la duración de la consulta cardiológica y sus implicaciones éticas. La hipótesis primaria de la encuesta consideró que las pautas de tiempo por consulta exigida por el empleador en muchos de los ámbitos laborales en que desarrollan su actividad los cardiólogos podían ser inadecuadas para llevar a cabo una entrevista médica satisfactoria. Se envió por correo electrónico un formulario con la encuesta a aproximadamente 2.400 cardiólogos, de los cuales respondieron 816, alrededor de un tercio de los encuestados. (4)

A la pregunta: "En el caso que usted trabaje para algún sistema de Obra Social o Prepago que le cita pacientes, ¿qué exigencia de tiempo tiene para realizar cada consulta?", en dos de cada tres respuestas se les exigía hacer la consulta en 10 a 15 minutos. Pero cuando se les preguntaba "¿Cuánto tiempo necesita para realizar una consulta clínica cardiológica en un paciente de consultorio?", tres de cada cuatro contestaron que necesitan 20 a 30 minutos. Esta disociación entre la exigencia de tiempo y la necesidad para la atención adecuada de cada paciente se expresó en la respuesta a la pregunta siguiente, donde mayoritariamente (dos de cada tres) los cardiólogos encuestados consideraron que el tiempo exigido por el empleador es inadecuado.

Tres de cada cuatro cardiólogos reconocieron como una falta ética propia para con el paciente el aceptar atenderlo en un tiempo inadecuado. Pero casi todos estiman que atender a un paciente en un tiempo tan corto puede considerarse una falta ética por parte del empleador.

Lo que resulta de sumo interés, al manifestar la necesidad de dialogar sobre estos temas, es que prácticamente la mitad de los encuestados hicieron comentarios en la parte de redacción libre de la encuesta. Es evidente que el médico actual está lejos de la edad de oro de la medicina cuando, hace alrededor de tres décadas, tenía plena autonomía para tomar las decisiones y podía dedicarle una hora a un paciente de primera vez y media hora para las consultas de seguimiento.

En la encuesta, aún no publicada, de calidad de vida profesional a 700 cardiólogos se explicita el descontento médico. (5) Más de la mitad de los médicos

trabajan más de 48 horas por semana, definen su situación laboral actual como regular o mala, les molesta mucho o bastante la falta de estabilidad laboral y se sienten muy poco o nada realizados en el ejercicio de su profesión.

Aproximadamente dos de cada tres perciben que la retribución económica es muy exigua o nada adecuada a sus esfuerzos, que su trabajo frecuentemente o siempre les impide la realización de otras actividades recreativas, deportivas o de ocio y que su situación laboral en diez años será igual o peor en comparación con la actual.

Para ejemplificar esta insatisfacción, uno de cada cuatro no volvería a estudiar medicina y más de uno de cada tres no estaría satisfecho con que alguno de sus hijos decidiera estudiar medicina.

No hay dudas de que aunque entre los médicos cardiólogos societarios se hable poco del descontento, lo poco manifestado es sólo la punta del iceberg del alto grado de insatisfacción que sienten con su práctica médica actual.

EL DESCONTENTO MÉDICO EN EL CONTEXTO HISTÓRICO

Durante el siglo XX, los médicos lograron un nivel sin precedentes de autonomía económica, política y clínica como resultado de numerosos factores, uno de los cuales fue el extraordinario impacto de la ciencia en la efectividad de la práctica médica. Sus logros trajeron prestigio y respeto por la profesión que vivió el punto más alto de la autonomía profesional.

Pero no siempre fue así, fuera de los médicos brillantes y ricos de la historia convencional de la medicina, hasta buena parte del siglo XIX los médicos competían por los pacientes y por sus honorarios con practicantes sin título, curanderos, especialistas de "botánica" y hasta con manuales médicos de época de "hágalo por usted mismo". Existen biografías de esos tiempos en las que se relataba que a los padres les disgustaba que uno de sus hijos decidiera estudiar medicina, algunos hasta la consideraban "*la más despreciable de todas las profesiones*". ¿Estando volviendo a esos tiempos?

Algunos, argumentando que los tiempos históricos están cambiando, piensan que eventualmente los médicos se adaptarán a la presión política que se ejerce sobre ellos y que la atención gerenciada servirá a los pacientes y finalmente los médicos la aceptarán.

Otros creen que posiblemente es una cuestión de tiempo, que estamos enfrentados a una transición generacional y que cuando los médicos más viejos sean reemplazados mayoritariamente por médicos más jóvenes que nunca conocieron ningún otro modo de practicar la medicina, la angustia dentro de la profesión lentamente se irá extinguiendo. Creen que los nuevos médicos crecerán acostumbrados al sistema más restrictivo, a los nuevos incentivos y a un estándar de vida menor. Aun otros observadores han señalado que muchos médicos jóvenes parecen contentarse con un estilo de vida más favorable, más seguridad en el trabajo y un ingreso menor.

La historia no está escrita, el final está abierto y dependerá de la conciencia y de la lucha de los prota-

gonistas principales, los profesionales de la salud y los pacientes.

CONTRADICCIÓN ENTRE LA AUTONOMÍA PROFESIONAL Y LA REGULACIÓN SOCIAL

¿Cuál es el propósito de las actividades de control de la sociedad? Siempre ha sido el de sancionar a los médicos incompetentes o deshonestos e influir en los médicos para que practiquen la medicina de acuerdo con la evidencia científica sobre la cual basamos nuestra profesión. Cualquiera que sea el propósito, explícito o no, los resultados han sido una disminución de la autonomía de la medicina como profesión y, aún más doloroso, la erosión de la autonomía clínica del médico.

¿Cuál es el balance óptimo entre la autonomía y la regulación? Es difícil decirlo con precisión, pero cierta autonomía clínica parece necesaria. A los ojos de los médicos, el péndulo ya se balanceó lejos de esa dirección, con considerable daño a las especiales "relaciones de confianza" que forman el vínculo con el paciente.

Los médicos practicantes reconocen que parte de la medicina debe ser una ciencia controlable, pero mucho de ella es un arte no controlable, un arte que depende de nuestra habilidad para crear relaciones con los pacientes y las familias, integrar respuestas a las preguntas de los pacientes dentro del contexto de sus vidas y cicatrizar el sufrimiento, aun cuando nuestra ciencia no pueda curar.

Si reconocemos que la autonomía clínica es buena para el arte de la medicina y deseamos recuperarla, una parte de nuestra estrategia es sencilla: deberíamos hacer nosotros mismos, es decir nuestras sociedades profesionales, el mejor trabajo de vigilancia de nuestra profesión para tratar con firmeza y efectivamente a aquellos de nuestros colegas que no cumplen con sus obligaciones profesionales de calidad e integridad.

Además, nuestros pacientes quieren que pasemos más tiempo con ellos, los escuchemos y podamos aclarar sus dudas y practiquemos el arte de la medicina en forma altruista. Y como afirma J. L. Reinertsen: (6) "También esperan de nosotros que practiquemos la ciencia de la medicina con consistencia. Esta tarea debe ser formulada por el público (si no por nuestros pacientes, ciertamente por los reguladores y los legisladores que los representan) como lo que sigue: *Usted reclama que su profesión está basada en la ciencia. Le hemos dado poder debido a los milagros de la ciencia. Ahora muéstranos que puede utilizar toda la ciencia que conoce, para nuestro beneficio*".

LA UTILIZACIÓN DE LA EVIDENCIA, LA AUTONOMÍA CLÍNICA INDIVIDUAL Y LA TORRE DE BABEL

Hay muchísima información sobre las variaciones inexplicables de la práctica médica entre médicos, regiones y sistemas y muchos problemas de calidad y seguridad con sobreutilización, infrautilización y mala utilización. Estos problemas no son causados por algunos individuos incompetentes, sino que son problemas de toda la profesión médica.

¿Por qué fallamos en implementar ese conocimiento con fuentes fidedignas de evidencia que recogen las guías, los consensos y los libros?

Si bien se pueden mencionar numerosos factores que podrían tener diferente importancia, como la desigual calidad en las guías de la práctica clínica, la ausencia del conocimiento en los médicos, los variables marcos de práctica, los factores de los pacientes y la ausencia de sistemas de apoyo computarizados, es dentro de nuestra propia cultura médica donde se oculta la razón más profunda para la brecha entre lo que conocemos y lo que hacemos, y es nuestro feroz apego a la autonomía clínica individual de mediados del siglo XX.

No sólo los médicos aplican individualmente sus conocimientos en sus consultorios, sino que el hospital también descansa en los médicos individuales para aplicar el conocimiento.

"Con el paso del tiempo, la nueva evidencia es integrada en la práctica de los médicos individuales en una moda similarmente variable. El efecto acumulativo de este proceso, repetido para cientos de condiciones, es lo que hace que la práctica clínica en el hospital se asemeje a la torre de Babel más que a una actividad asentada científicamente". (6)

Podemos discutir con vehemencia la evidencia en grupos grandes, pequeños o con colegas individuales; sin embargo, ninguna conclusión que alcanzamos se traslada a un sistema de órdenes y decisiones permanentes o cualquier otro paso que nos lleve a implementar cualquier consenso que surja del diálogo. ¿Por qué hacemos esto? Evidentemente, para no infringir la autonomía clínica de los médicos individuales. Es lógico que esta conducta retrase la implementación de la evidencia de los nuevos conocimientos y produzca una amplia variación en la atención médica.

El resultado es una brecha amplia entre la ciencia que conocemos y la que practicamos.

PROS Y CONTRAS DE PRACTICAR LA CIENCIA DE LA MEDICINA JUNTOS

Compartir la autonomía clínica individual con los colegas para así construir una autonomía clínica colectiva producirá mejores resultados en la atención médica, por lo menos en la parte donde la medicina es experiencia controlada.

Creando sistemáticas apoyados en la evidencia para el cuidado de las condiciones comunes, libera el tiempo de los médicos para aplicarlo al oficio (al arte) que cada paciente necesita. Simplifica el trabajo de las enfermeras y de los paramédicos y reduce errores.

Las implicaciones de este nuevo paradigma de nuestra cultura profesional son profundas y deben efectuarse los cambios para adecuarlos en escuelas médicas, centros académicos, programas y sistemas de atención de salud de modo que con la aplicación del conocimiento que ya tenemos se podrían generar nuevos conocimientos. Las organizaciones y las sociedades profesionales adoptarían los procesos necesarios para la ciencia del cuidado clínico, mantener y actualizar la mejor práctica y hacerse responsable del rendimiento. "Pero lo que es más importante, noso-

tros como médicos individuales reconoceríamos que compartir la autonomía clínica con nuestros colegas, por lo menos en los aspectos de la medicina basados en la ciencia, sería un gran paso adelante en el retorno del orgullo y la satisfacción en nuestro trabajo diario". (6)

Las objeciones más comunes a acordar en conjunto conductas y prácticas de diagnóstico y tratamiento son disímiles, pero incluyen argumentos reales como el de *las evidencias de los ensayos clínicos no pueden trasladarse a la práctica clínica porque los pacientes son distintos*, al que se respondería que debemos hacer el mejor juicio posible utilizando la evidencia que tenemos, implementar esas elecciones juntos y luego medir los resultados y así utilizar nuestra práctica para extender nuestra base de conocimiento de lo que funciona y de lo que no funciona en las condiciones del mundo real.

Otras objeciones son: *Se sofocarían las ideas y los protocolos nuevos*; sin embargo, un cuidado "básico" que sea coherente y consistente promueve más que ahoga la aparición de innovación en las conductas. *Las guías nos expone a riesgos legales*; las experiencias sugieren que en el peor de los casos son un factor neutral en el riesgo de responsabilidad legal y que en realidad el riesgo declina si la implementación de las conductas de las guías mejora. *Es una medicina de libro de cocina*; como practicantes trabajamos como los buenos concertistas de jazz, tenemos una estructura instrumental (las cuerdas de la guitarra o las evidencias de los ensayos controlados) para la línea melódica o la ciencia clínica básica, que cuanto más conozcamos nos dará la posibilidad de un gran pacto de laxitud para la improvisación (el arte del jazz y de la medicina).

ALGUNAS SUGERENCIAS

Para recuperar nuestra autonomía profesional debemos demostrar que colectivamente aplicamos las evidencias científicas clínicas a nuestros contratantes y ganarnos el respeto de nuestros pacientes porque aplicamos lo mejor del arte de la medicina. Para eso, el colectivo profesional médico, reunido en las instituciones y organizaciones profesionales, debe limpiar su propia casa.

Esto significa que además de las discusiones teóricas debemos pasar a la acción; como gustaba decir Goethe, *"El conocimiento no es suficiente. Debemos aplicarlo"*.

Debemos evaluar nuestros resultados colectivamente para conocer la realidad e incidir para modificarla. Para ello, en todo el mundo, se están utilizando los registros de la práctica clínica cardiológica, como el Crusade en los Estados Unidos o el Registro europeo, el ARIAM en España y el registro de la epicrisis computarizada en la Argentina (Epi-Cardio), (7) que permiten tener una base de datos común entre los centros participantes.

El análisis de esa información permite colocar indicadores consensuados de calidad de atención en cada patología específica y conocer los resultados globales y prácticamente *on line* las modificaciones que van ocurriendo, cada centro confidencialmente conocerá sus indicadores de calidad comparado con el resto y con los estándares de calidad adoptados. Su

diseminación sería más rápida, si las sociedades de profesionales acreditaran a las instituciones que participen en estos programas.

En su conjunto, o cada organización que así lo decida, puede entonces publicar sus decisiones y resultados como van sucediendo de manera que los pacientes, los médicos y otros interesados puedan juzgar por sí mismos si la evidencia científica fue considerada e implementada efectivamente. Los juicios autorreferenciales y los rendimientos subóptimos serán aparentes rápidamente y podrán implementarse de inmediato las medidas de corrección que se consideren indicadas.

CONCLUSIONES

El malestar actual de la medicina se puede sofocar con aún más medidas administrativas coercitivas sobre la profesión médica, pero la insatisfacción posiblemente no sólo se mantendrá, sino que aumentará. La única manera de hacer desaparecer el descontento y el malestar es si las organizaciones representativas del quehacer médico toman el toro por las astas y realizan dos maniobras convergentes al mismo tiempo.

Una maniobra es bregar por la dignidad de la profesión médica pidiendo, y a veces necesariamente exigiendo, que el tiempo dedicado a la atención directa de cada paciente se incremente lo necesario para dar atención adecuada a pacientes de más edad y con múltiples patologías y que esto se acompañe correlativamente con una retribución mejor y acorde con el trabajo asistencial clínico, que es el más demandante para el médico.

La otra maniobra envolvente es recuperar nuestra autonomía clínica perdida, no apoyada en parte por el público porque intuye que una base para ello –el poder de nuestro conocimiento científico– no se está aplicando consistentemente para su beneficio.

No recuperamos esa autonomía porque lamentamos o lloremos estridentemente su pérdida. La forma más efectiva es que nos reunamos –como profesión fundamental que somos– con nuestros colegas, en lugares de reunión grandes o pequeños, para decidir y aplicar colectivamente la mejor ciencia. La paradoja de la autonomía clínica individual es que compartiéndola y acordando con nuestros colegas volveríamos a ganarla en beneficio de nuestros pacientes.

Hernán C. Doval

BIBLIOGRAFÍA

1. Kassirer JP. Doctor discontent. N Engl J Med 1998;339:1543-5.
2. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004;350:69-75.
3. Gottschalk A, Flocke SA. Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room. Ann Fam Med 2005; 3:488-93.
4. www.sac.org.ar
5. Borracci R. Comunicación personal de los resultados de la encuesta de calidad profesional.
6. Reinertsen JL. Zen and the art of autonomy maintenance. Ann Intern Med 2003;138:992-5.
7. www.epi-cardio.com.ar