

Por qué nuestros médicos se van: explorando la crisis del 'daño moral' a la profesión médica en España

Roger Ruiz MoralAgradecemos a lo/as médica/os CM, RR, PT y GC por sus testimonios



Resumen: El testimonio de cuatro médicos sobre algunas de las razones que han provocado su renuncia (a una especialidad concreta, a ejercer la medicina o a hacerlo en España), sirve de base para resaltar una vez más la gravedad del problema actual que sufren los médicos españoles. Trabajan bajo unas condicionantes que muchos médicos consideran traicionan los elementos básicos que definen una buena práctica, lo que les lleva a experimentar un 'daño moral' que les hace abandonar la profesión o buscar otros lugares donde ejercerla. El artículo destaca la inutilidad y el perjuicio adicional de algunas de las medidas tomadas por las administraciones sanitarias y ofrece unas propuestas de acción más realistas para abordar el problema.

Why our doctors are leaving: exploring the crisis of 'moral injury' to medical profession in Spain

Summary: The testimony of four doctors about some of the reasons that have led to their resignation (to a specific specialty, to practice medicine or to emigrate abroad), is taken as a basis to highlight once again the seriousness of the current problem suffered by the practice of medicine in Spain. This practice, carried out under conditions that many doctors consider betray the basic elements that define good practice, leads doctors to experience 'moral injury' that makes them abandon the profession or look for other places to practice it. The article highlights the futility and additional damage of some of the measures taken by health administrations and offers more realistic proposals for action to address the problem.

El alarmante aumento de médicos que renuncian a sus funciones es un testimonio de la gravedad de la crisis que vive la profesión médica y la sanidad pública en España. Los médicos hace ya bastantes años (tal vez hasta el último cuarto del siglo pasado) fueron los pilares en los que se construyó el modelo de la atención sanitaria y ofrecieron servicios vitales a sus comunidades (desde los médicos APD en las comunidades rurales hasta los médicos en los hospitales públicos y de la beneficencia), lo que ya entonces les suponía elevadas cargas laborales y que sin embargo llevaron a su vez con un reconocimiento social alto y unos salarios proporcionalmente también elevados, pero también más en línea con la responsabilidad profesional aceptada, se enfrentan desde entonces a una satisfacción laboral y una productividad cada vez menor así como a unas rutinas de autocuidado inadecuadas. El resultado es una crisis sin precedentes en la profesión médica que se refleja en una pérdida de los valores que hasta entonces suponían el ejercicio de la medicina y que tiene su reflejo en unas cifras de burnout entre los médicos inusitadamente altas y un éxodo masivo de la profesión, que ha ido creciendo de una forma progresiva provocando una escasez de profesionales médicos que está repercutiendo en la calidad de los servicios sanitarios y poniendo en peligro la atención a los pacientes especialmente en el sistema público.

En este ambiente de trabajo hostil, muchos médicos han luchando por preservar los atributos y valores profesionales, y aunque muchos parecen tener éxito ante esta situación [1], otros los perciben como inevitablemente erosionados. El burnout también puede considerarse una respuesta de salud física y mental a esta ?decepción? profesional y personal; en determinadas situaciones, el médico se ve incapaz de alcanzar o desarrollar su misión o vocación como profesional [2]. Esto lo que refleja es más bien una pérdida del sentido de ser médicos, es decir un ?daño moral? que sufren muchos. El término "daño moral" proviene de la psicología militar y se refiere al trauma psicológico [3]. El daño moral se produce cuando ha habido una traición a ?lo que es correcto?, cometida ya sea por una persona con autoridad legítima (la profesión), o por uno mismo; en una situación de alto riesgo [4]. El daño moral puede deteriorar el carácter, afectar la confianza, aumentar la desesperación y el riesgo de suicidio y violencia interpersonal, igualando así los efectos descritos para el agotamiento o burnout médico [5] y destacando la importancia práctica que supone el dañar los valores propios de una profesión.

Testimonios que definen algunos de los problemas que están minando la moral de los médicos españoles

Para describir algunos de los aspectos que se están mostrando más lesivos en el actual ejercicio de la medicina para los propios médicos, y sin ánimo de ser exhaustivos, hemos escogido algunos testimonios realizados por varios tipos de médicos:

CM tiene 30 años y es actualmente una residente de segundo año de anestesia, sin embargo, su vocación era la de ejercer como médica de familia. CM hizo inicialmente la residencia en medicina de familia, llegando a trabajar casi un año como tal. Finalmente se volvió a presentar al MIR para cambiar de especialidad. Entre las razones que CM nos daba sobre su abandono de esta especialidad, ella nos decía:

?A mí lo que más me molestaba era la burocracia: bajas laborales, papeles que piden las empresas y que no tiene por qué pedir pero que te consumen tiempo; madres y niños que piden justificantes de ausencias, etc); necesidad de registrar muchos indicadores (en paciente crónico, en pluripatológico -escalas, factores de riesgo para scores, etc?), cosas como estas de burocracia absolutamente inútil.?

La llegada durante finales del siglo pasado de los registros médicos electrónicos (RME) trajo la promesa de agilizar los procesos, mejorar la atención al paciente y la eficiencia general. Sin embargo, este no ha sido el caso. Y lo que es peor, los RME se han convertido en un factor importante que contribuye al burnout de los médicos. Han obligado a estos a cambiar la interacción con el paciente para dedicárselo a la pantalla y al registro de una serie de información que en su gran mayoría responde a las exigencias del gestor y no es de utilidad para el paciente, transformándolos así de profesionales a burócratas empleados en el registro de datos. De esta forma, el sistema de RME (que por otra parte y durante todos estos años ha sido diferente en cada una de las Comunidades Autónomas del país), originalmente diseñado para reemplazar los registros en papel, se ha transformado en un gigante de información en su mayor parte innecesaria para la asistencia clínica, lo que ha restado valor a la atención al paciente y ha aumentado las cargas administrativas para los médicos. Paralelamente, a este incremento burocrático, al médico se le ha ido progresivamente privando de una colaboración eficiente y complementaria de la labor de enfermería así como del soporte personalizado de personal auxiliar.

PT, cirujano general con más de 20 años de servicio que ha trabajado en diferentes hospitales privados y públicos nos comenta:

?Antes del sistema de RME actual, cuando, por ejemplo, necesitaba un consultor para un paciente hospitalizado, ingresaba la orden y el empleado de la unidad llamaba para esta consulta al consultorio del médico. Ahora, tengo que dedicar mi tiempo a comunicarme con ese otro colega para informarle que tengo una consulta para él.?

Igualmente PT añade sobre este asunto:

?Cuando estaba en el hospital comarcal y tenía que realizar una apendicectomía de urgencia a las 3 am, llamaba al supervisor de enfermería del hospital e informaba a esta persona que estaba en camino para realizar la cirugía y que por favor llamara al equipo de guardia. Ahora, la primera pregunta que me hacen es si metí la información en el sistema de RME, porque si no lo he hecho, no llamarán al equipo de guardia?.

RR es un traumatólogo de 33 años en un hospital público:

?yo para pedir una radiografía tengo que dar 6 clics y rellenar tres barras de texto (selección de servicio, servicio desde el que lo pides, de que le vas a pedir la prueba, fecha de indicación de la prueba y carácter de esa prueba (diagnóstico preventivo o de revisión) todo eso habiendo llegado antes a la pantalla de petición de pruebas para la que has tenido que hacer 2/3 clics previos (ya te digo que en cuanto el paciente entra por la puerta yo ya tengo la pantalla de petición de pruebas abierta y casi la prueba pedida por que me he leído la historia, porque si no, no doy abasto). Y ya si se trata de una prueba tipo RMN o TAC entonces son 4/5 clics más y otro texto adicional petición?

Por otra parte, el control de las citas del médico en los hospitales y centros de salud por terceros ajenos está llevando a una manipulación de sus agendas que está afectando a la esencia misma de la atención clínica. Así, sobre este asunto, CM nos decía:

?El hecho de que un paciente pudiera exigirme atención inmediata sin ningún tipo de filtro. De esta forma empezabas el día con unas citas fijadas de 35 pacientes y acababas con 45 siendo las propias administrativas del centro de salud las que a petición de los pacientes te gestionaban tu agenda y los adjudicaban para que los atendieses en el día, sin considerar el tipo de problema por el que solicitaban ser atendidos.?

?No te compensa discutir con la gente sobre la gran cantidad de razones que no merecen esa atención inmediata pero que, finalmente, precisamente por no discutir una y otra vez, cedes y atiendes al paciente sin cita legal. Pero lo peor de esta situación es que a la vez yo misma me estaba enfadando conmigo misma, porque en el fondo, no estás haciendo bien las cosas, ni para el paciente (lo que se nos dice formalmente es promover una educación para la salud) ni para el sistema (petición de pruebas no justificadas, mal uso de los servicios, etc). A la vez enseguida te das cuenta que a los gestores eso les da igual, lo que no les da igual es que les protesten, por lo que no te van a apoyar y sabes que finalmente, el paciente va a conseguir lo que pide sencillamente cambiándose de médico o, eso, yendo a protestar al gestor que le dará lo que pide en la mayoría de las situaciones. Esto un día tras otro me iba generando una sensación de desamparo por parte de los responsables del sistema sanitario a la vez que me reconocía a mi misma como sin ningún tipo de autoridad en el ejercicio de mis funciones profesionales.?

El problema de la inestabilidad laboral y de la falta de consideración sobre aspectos básicos de la atención a pacientes como son la continuidad asistencial, la relación profesional-sanitario paciente, etc, es otro de los aspectos que tienen su reflejo en el día a día de nuestros médicos y que contribuye a su desencanto. CM, médica de familia y residente de anestesia:

?Lo que es sangrante es que te hacían un contrato de un mes y te lo renovaban para el mes siguiente y así ibas durante muchos meses. Cuando tuve la oportunidad de estar algo más de tiempo y empezaba a conocer a los pacientes de mi cupo con todo el trabajo extra que supone este ?conocerlos? en atención primaria, me cambiaron de cupo sin criterio alguno y ?pasándose por el forro? lo importante que es la atención continuada y personalizada uno de los principios básicos de la atención primaria y obligándote de nuevo a volver a trabajar el nuevo cupo de pacientes donde fui destinada, con la sobrecarga de trabajo que esto te supone.?

En esta línea, RR, el traumatólogo, nos comentaba que:

?llevo firmando contratos desde 20 días a 3 meses de duración desde hace 3 años (desde que acabé la residencia) en Octubre de 2020. En alguna ocasión me han dejado algún fin de semana sin contratar (En teoría según la legislación a los dos años tendrían que hacerme un contrato de interino, pero esto no lo aplican).?

?En mi hospital a muchos médicos jóvenes se les contrata solo entre semana, para evitar pagarles los fines de semana?

La locura del mercado laboral médico viene definida por la preponderancia de una dinámica laboral estándar que se aplica al médico igual que a un pinche de cocina, he aquí alguno de los comentarios que nos hicieron:

Una médico de familia (dos años de ejercicio) GC, de 31 años, consiguió una plaza de médica de familia en un centro de salud de su interés trabajando allí dos años a plena satisfacción con ese cupo de pacientes a los que historió y conoció. La médica nos comentaba que:

?Esa plaza era una interinidad que salió finalmente a concurso y la cogió otra persona, pero esta persona no estaba realmente interesada en esa plaza ya que su perfil profesional, aún siendo médica de familia, era diferente, era de investigación y sabíamos que se iría a un puesto de investigación, lo que suponía dejar la plaza que yo ocupaba libre por su Comisión de Servicio, lo que me obligó finalmente a abandonar la plaza, porque no podía quedarme en esa plaza por tener ahora que hacer un nuevo contrato que al ser de menos categoría que el de interino laboralmente no me estaba permitido?

?A los médicos se nos penaliza si te ofrecen algo que los gestores consideran que es mejor que lo que ya tienes y por las razones que sea (incluyendo el conocimiento de los paciente de un cupo) el médico no acepta ese contrato. La penalización en mi caso fue bajar de puestos en la bolsa laboral y perder la posibilidad de mejores contratos en un futuro inmediato?

Otro asunto es el de las bajas y las vacaciones. GC nos comenta:

?Las bajas y las vacaciones no se cubren con suplentes (porque no hay médicos suficientes), teniendo que asumir los compañeros el cupo de la médico que se va de vacaciones. Hasta hace muy poco (uno o dos años) sin ningún tipo de emolumento específico adicional, cosa que aun creo ocurre en una gran cantidad de centros de salud.?

CC residente de anestesia y antes médica de familia:

?Los turnos de tarde que se prolongan años y años van generando una desigualdad importante y afectando a medicas jóvenes para su conciliación familiar. Por la mañana, en muchos centros de salud, no hay consultas físicas suficientes lo que obliga a turnos de tarde en base exclusivamente a esta ausencia de recursos físicos.?

En relación a los sueldos o la docencia, todos los encuestados coinciden en sus experiencias:

?Aunque últimamente creo que se ha ido equiparando, en primaria se cobraba menos que en especializada.?

?Se gana poco, en comparación con cualquier otro país de nuestro entorno. Los sueldos de los médicos son más altos considerablemente que en España lo que está haciendo que muchos médicos emigren a Portugal, Reino Unido, etc

La residencia en España es una vergüenza, en Alemania un residente cobra lo mismo que un adjunto en España?

?Te puedo dar un listado grande de compañeros que se han ido a Portugal, Reino Unido, Noruega, etc?

?La docencia se ha ido progresivamente anulando, el covid llevó a casi su absoluta desaparición de los centros asistenciales que

tienen residentes y estudiantes (y por lo tanto la obligación de ofrecerla) que sin embargo no se ha retomado tras la pandemia?

La erosión del respeto por los médicos.

Un aspecto especialmente significativo y que contribuye sustancialmente en la sensación de 'daño moral' que sufren muchos médicos tiene que ver con el respeto que tradicionalmente se les ha otorgado a los médicos, el cual ha disminuido significativamente, a pesar de que muchos de ellos se esfuerzan por ejercer sus responsabilidades más allá de lo que marca el contrato laboral por el que la empresa sanitaria los emplea. Ya no son miembros respetados de la comunidad, sino que ahora se les considera meros proveedores de servicios.

Ahora el médico está casi a la par de los llamados 'personal paramédico'. Se trata de enfermeras practicantes y asistentes médicos. Estos, aunque desempeñan un papel crucial en la atención sanitaria, no son sustitutos ni equivalentes de los médicos. Con el subterfugio de etiquetar al médico como proveedor de servicios sanitarios, se le reduce su papel al de cualquier persona que lleve bata blanca.

Las respuestas equivocadas

A pesar de que esta situación de 'agotamiento profesional', reflejado principalmente en el abandono de la profesión o la emigración a otros países con el consiguiente problema de falta de facultativos, se prolonga ya desde hace muchos años y ya afecta seriamente a la calidad de la atención sanitaria (pública y privada), la administración pública sanitaria no parece mostrar interés alguno por abordar las causas fundamentales que lo producen. De esta forma, las líneas de actuación que la administración del Estado está llevando ya a cabo en España, tienen que ver principalmente con dos estrategias que claramente evitan abordar el problema en sus raíces: por una parte, presionar a la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina de España para incrementar el número de alumnos, a pesar de que España es el país de la Unión Europea que tiene más Facultades de Medicina y donde se gradúan un mayor número de médicos (y que sin embargo abandonan, cambian de país o buscan cobijo en puestos no asistenciales: gestión generalmente). Por otra, relajar las exigencias de admisión en el sistema sanitario español de médicos procedentes de fuera del Espacio Europeo con criterios de equiparación más que dudosos. Ambas posturas no hacen más que reflejar la auténtica falta de voluntad por parte de la administración general del estado y, en gran parte, de las administraciones autonómicas, de solucionar de una manera racional y considerando realmente el interés de la calidad en la atención pública sanitaria, perpetuándose así la situación del médico tal cual está en este momento.

A otros niveles, formativos e incluso colegiales, para 'superar este problema', se anima a los médicos a participar en actividades del tipo de meditación, pensamiento positivo y actividades de formación de equipos, como determinadas intervenciones lúdicas, etc. Si bien estas iniciativas 'suenan bien', tampoco abordan los problemas sistémicos que afectan a la profesión y sobre todo no abordan el problema del 'daño moral' que supone para los médicos el ejercer su profesión bajo los condicionantes en la que lo hacen.

Algunas propuestas para orientar soluciones realistas

Creemos que las propuestas para promover la resiliencia médica pueden entenderse mejor más allá de esas intervenciones simples e individuales, no sólo para los propios médicos sino también en la gestión sanitaria y la educación médica. Más arriba lo hemos comentado, para una gran mayoría de los médicos, disfrutar de la realización de la práctica clínica y resistir a sus adversidades está especialmente relacionado con el grado de identificación de estos con los objetivos últimos representados por los valores que definen su práctica. Esto, como han señalado algunos estudios [1,6], no sólo se logra aplicando exclusivamente las medidas tradicionalmente propuestas de prácticas protectoras y de gratificación laboral, que, dada la situación existente en nuestro país, serían en estos momentos absolutamente prioritarias y exigibles. Supondría también el que a nivel de los empleadores y de la administración sanitaria, se implementasen medidas para cambiar los patrones institucionales que actualmente parecen estar encerrados en una red de lealtades cada vez más compleja y conflictiva: hacia los pacientes, hacia los médicos y hacia los propios directivos [7], paralizando la resiliencia de los médicos y no reconociendo que cuidarlos conduce a una mejor atención al paciente [8,9]. Desde la perspectiva que arriba comentábamos del 'daño moral', está claro que muchos médicos proponen [10,11,12] la necesidad de incluir cuestiones laborales sistémicas que conduzcan a un trato más respetuoso hacia ellos, suprimiendo mandatos autocráticos o políticas

que tengan un impacto negativo, ofreciendo y dándoles autonomía y autoridad en la toma racional de decisiones, y modificando muchos de los indicadores actuales de calidad de la atención, además de recuperar el peso de la opinión de muchos médicos mayores o considerados ejemplares por sus pares. Finalmente, a pesar de que muchas instituciones educativas han incorporado recientemente este tipo de iniciativas a sus planes de estudio, con cursos y actividades docentes específicas, no basta con que este tipo de acciones se mantengan exclusivamente en este nivel. El debate aquí no es nuevo y está en línea con la necesidad de que los centros de educación médica revisen profundamente sus planes de estudio [13,14], limitar la superespecialización, introducir el generalismo, la visión de la comunidad como foco de trabajo y las ciencias socioconductuales, entre otros aspectos, así como, promover procesos de selección que no se basen exclusivamente en el nivel de conocimientos, con el fin de equilibrar la perspectiva científica biomédica actualmente dominante [15] con una perspectiva más cualitativa que incluya perspectivas epistemológicas, antropológicas y éticas más amplias adaptadas a la realidad de la práctica clínica [16].

Dicho todo esto, consideramos también necesario resaltar que en muchos casos además las reformas requieren que el médico desarrolle una narrativa que refleje actitudes y mentalidades que prioricen el sentido último e integral de la medicina curativa [16] y el significado subyacente a los conceptos de persona, encuentro y relación en el ámbito profesional de la medicina [17,18]. En un estudio realizado por nuestro grupo con 86 médicos de familia considerados ejemplares por sus compañeros, el mantenimiento y cultivo de esos valores tradicionalmente propios de la profesión, frente a las adversidades por parte de estos, era el factor principal relacionado con el disfrute de su profesión [19].

Referencias

1. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med*. 2013;88(3):382?9.
2. Halligan A. The first casualty of reform: lost NHS values. *Br J Health Manag*. 2007;13:288?90.
3. Litz T, Stein N, Delaney E, Lebowitz L, Nash WP, Silva C, et al. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2008;29:695?706.
4. Shay J. Moral injury. *Psychoanal Psychol*. 2014;31(2):182?91. <https://doi.org/10.1037/a0036090>.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001;52:397?422 Epub 2001/01/10.
6. O'Dowd E, O'Connor P, Lydon S, Mongan O, Connolly F, Diskin C, et al. Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:730.
7. Talbot SG, Dean W. Physicians aren't 'burning out.' They're suffering from moral injury. 2018. <https://www.statnews.com/2018/07/26/physiciansnot-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/> Accessed 23 Jul 2020.
8. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*. 2009;374(9702):1714?21.
9. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642):488?91.
10. Hall LH, Johnson J, Jane Heyhoe J, Watt I, Anderson K, O'Connor DB. Strategies to improve general practitioner well-being: findings from a focus group study. *Fam Pract*. 2018;35:511?6.
11. Cheshire A, Ridge D, Hughes J, Peters D, Panagioti M, Simon C, et al. Influences on GP coping and resilience: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2017;67(659):e428-e436. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X690893>.
12. McKinley N, Karayanis PN, Convie L, Clarke M, Kirk SJ, Campbell WJ. Resilience in medical doctors: a systematic review. *Postgrad Med J*. 2019;136135. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136135>.

13. Litva A, Peters S. Exploring barriers to teaching behavioural and social sciences in medical education. *Med Educ*. 2008;42:309?14.
14. Ruiz MR. La incorporación de las humanidades y ciencias socio-conductuales en la educación médica ¿cuál es el problema y qué se Debe hacer? [incorporating the humanities and socio-behavioral sciences in medical education: what is the problem and what should be done?] (original in Spanish). *Folia Humanistica*. 2019;11:65?81. <https://doi.org/10.30860/0050>.
15. Bloom SW. Structure and ideology in medical education: an analysis of resistance to change. *J Health Soc Behav*. 1988;29:294?306.
16. Egnew T. The meaning of healing: transcending suffering. *Ann Fam Med*. 2005 May;3(3):255?62.
17. Phillips WR, Haynes DG. The domain of family practice: scope, role, and function. *Fam Med*. 2001;33(4):273?7.
18. Ruiz Moral R. ¿Por qué unos médicos se queman y otros no? Una perspectiva desde la ética [Why do some doctors burned out and others do not? A perspective from ethics] (Original in Spanish). *Boletín de Educación Médica Doctutor*, 2019, Nov 2. <https://www.doctutor.es/2019/11/02/porque-unos-medicos-se-queman-y-otros-no-una-perspectivadesde-la-etica/> Accessed 23 Jul 2020.
19. Ruiz Moral, R., Monge Martín, D., Garcia de Leonardo, C. et al. Medical resilience and morality: a survey study on the opinions and actions of exemplary family physicians. *BMC Fam Pract* **22**, 213 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01555-0>