

Los valores de la medicina de familia en la era de los populismos neoliberales (II): Elementos de gratificación y resiliencia



Roger Ruiz Moral. Médico de Familia y Editor de **Doctutor Resumen:** En un primer artículo que se publica en este mismo número de **Doctutor** se señala como las políticas economicistas neoliberales están teniendo un impacto muy negativo en la atención sanitaria y son en gran medida el origen de lo que, para diferenciar del burnout, llamo "daño moral" en los médicos de familia, ya que dichas políticas socaban sus valores profesionales (su identidad como tales médicos) y la esencia o atributos y valores fundamentales de su especialidad. En esta colaboración se presenta un estudio de investigación realizado con médicos de familia considerados por sus colegas como "ejemplares" apuntando la hipótesis de que, en ese ambiente hostil creado por esas políticas neoliberales, son los mismos valores amenazados la fuente principal para los MF tanto de gratificación personal como de resiliencia, afianzándose así la vigencia y utilidad de los mismos. Desde esta perspectiva y más allá de las intervenciones puntuales que hasta ahora se vienen implementando, señalamos cuáles podrían ser las estrategias más idóneas para evitar ese daño moral y así poder preservar una práctica clínica por parte del MF eficaz y virtuosa.

The Values of Family Medicine in the Era of Neoliberal Populisms (II): Elements of Gratification and Resilience Abstract:

In a previous article published in this same issue of **Doctutor**, it was noted how neoliberal economic policies are having a very negative impact on healthcare and are largely the origin of what I call "moral injury" in family physicians, to differentiate it from burnout. These policies undermine their professional values (their identity as physicians) and the essence, or fundamental attributes and values, of their specialty. This article presents a research study conducted with family physicians considered "exemplary" by their colleagues, suggesting the hypothesis that, in the hostile environment created by these neoliberal policies, the very values under threat are the primary source of both personal gratification and resilience for family physicians, thus reinforcing their relevance and usefulness. From this perspective, and beyond the specific interventions that have been implemented so far, we point out what the most suitable strategies could be to avoid this moral damage and thus preserve an effective and virtuous clinical practice by the Family Physician.

En otro artículo publicado en este mismo número de **Doctutor** ["Los valores de la medicina de familia en la era de los populismos neoliberales \(I\): Naturaleza del "daño moral"](#), abordaba la situación que vivían y viven muchos médicos de familia (MF) ejerciendo su trabajo en unas condiciones cada vez más adversas debido principalmente a los cambios introducidos en la atención sanitaria de una forma progresiva en las últimas décadas y que se caracterizan básicamente por una creciente mercantilización de la atención

sanitaria para convertirla en un mercado más competitivo [1], priorizando la productividad y flexibilidad de los sanitarios, y llevando a un aumento de la inseguridad laboral [2,3], la carga de trabajo y las horas extras no remuneradas [4] así como a una reducción de la autonomía del médico [5], a la vez que se les sigue exigiendo que sigan ofreciendo calidad con menos recursos [2,6] e incrementando su responsabilidad. Esos cambios, también han sido cambios de tipo culturales, y los médicos han visto un aumento de la demanda y la experiencia de los pacientes [3,7], así como nuevas tecnologías para administrar y evaluar la atención que prestan [5]. La mayor parte de esas modificaciones han sucedido debido al auge de unas políticas económicas por parte de los gobiernos occidentales que se reconocen bien bajo el calificativo de políticas neoliberales?.

Las consecuencias de todo ello en la sanidad pública han sido muy significativas y generalmente negativas. En el anterior artículo nos enfocábamos en el impacto que habían tenido en los MF, que ahora deben enfrentarse a entornos cognitivos y emocionales muy exigentes con altas cargas de trabajo y mucha dedicación, pero a la vez con gran insatisfacción laboral (remuneración, gestión de tareas), pérdida de la aceptación profesional y de reconocimiento social [6,8]. Todo ello ha producido en los médicos, por una parte, un incremento en el grado de estrés, angustia, agotamiento emocional, despersonalización, así como sensación de bajo logro personal, lo que se conoce como síndrome de burnout. Sin embargo, mucha menos atención se ha prestado al sentimiento de decepción profesional y personal también generado por esas circunstancias y que tiene como origen la incapacidad del médico de lograr o desarrollar lo que considera su misión o vocación como profesional [9], lo que le está suponiendo no solo el impacto físico y mental que se describe como burnout sino una pérdida del sentido de ser médico?, que refleja un daño de tipo moral?, en la medida en la que el médico se ve forzado a traicionar lo que considera hacer una práctica clínica correcta?, y así se ve erosionando los propios valores de su especialidad que dan sentido a su trabajo y su profesión.

Ante esta situación, cabe preguntarse si la medicina de familia con los valores y atributos que hasta ahora le han sido propios, debe de plantearse modificarlos con el consiguiente riesgo de desaparecer como tal especialidad (ya que esos atributos son los que definen sus rasgos distintivos actualmente), o por el contrario, si los MF deben perseverar en ellos y tratar de desarrollarlos en su día a día, determinando cual es el papel que juegan esos valores en la práctica actual de los MF, en qué medida por ejemplo, suponen un sufrimiento adicional o, por el contrario, una gratificación personal para el MF y explorar cuales son las estrategias que ante esta situación deberían implementarse para aumentar la resiliencia y la capacidad del médico para desarrollarlos.

En este artículo presentamos el resumen de un estudio de investigación realizado por nuestro grupo que se planteaba esas hipótesis*.

Metodología

Se diseñó un estudio de tipo mixto cuanti-cualitativo con encuesta online realizada a MF de todo el territorio nacional considerados como ejemplares por sus compañeros. Se considero como médico de familia ejemplar (MFE), Un médico clínico que es un modelo para nosotros o para los residentes y estudiantes, lo que significa que se considera un profesional digno de imitar no solo por sus conocimientos médicos y técnicos sino también por la calidad de su práctica clínica, y al mismo tiempo por su humanidad en el trato con los pacientes y las familias, su sabiduría en general y su espíritu constructivo y colaborador hacia los pacientes y los colegas ?. Utilizando redes formales e informales, de médicos responsables de la formación de residentes, representantes de residentes y estudiantes y grupos de trabajo de sociedades científicas y en distintas áreas geográficas específicas del país (Madrid, Andalucía, Castilla, País Vasco y Galicia) se les pidió que nominaran a sus MFE. Mediante un muestreo de "bola de nieve" [10], se obtuvo una lista de 102 médicos que incluía solo a aquellos nominados más de una vez. Los médicos seleccionados como "médicos ejemplares" debían estar en activo o haber estado en activo hasta hace poco (menos de un año), siendo la práctica clínica su principal actividad profesional. La encuesta enviada on line, además de los aspectos generales incluía las siguientes preguntas específicas:

- Aspectos o razones por las que disfrutas en tu trabajo
- Aspectos o razones que te disgustan o te generan insatisfacción de tu trabajo
- Algunas estrategias que pones en práctica para minimizar o abolir aquellos aspectos de tu trabajo que te disgustan (y que antes has señalado)
- ¿Qué le aconsejas a tus estudiantes o residentes para que disfruten de su trabajo como médicos de familia?

Los datos cuantitativos se sometieron a un análisis estadístico descriptivo. Para el análisis de las respuestas a las preguntas de texto libre cuatro investigadores realizaron un análisis temático cualitativo con doble enfoque (deductivo e inductivo), identificando categorías y subcategorías. Para más detalles metodológicos puede consultarse el artículo original*.

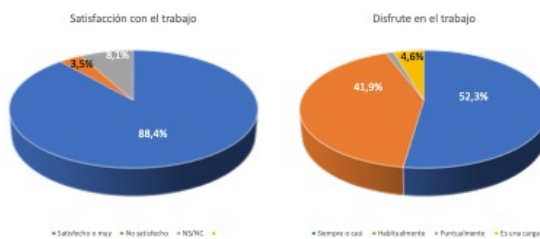
Resultados

De los 102 MFE con los que se contactó, respondieron 86. De estos:

- El 88,4% (76) trabajaba en Atención Primaria y 11,6% en Urgencias (10); - El 72% (62) tenía más de 20 años de experiencia laboral y el 25,6% (22) entre 16 y 20 años. - El 77,9% (67) de los médicos, además de sus funciones clínicas, tenían otras responsabilidades, de tipo docente a estudiantes y residentes y administrativas en comités o grupos de trabajo; el 16,3% (14) tenían responsabilidades adicionales no médicas. El 91,9% (79) debía atender también responsabilidades familiares. - El 53,5% (46) atendían entre 31 a 40 pacientes al día, el 16,3% (14) entre 21 y 30, y el 15,1% (13) más de 40.

En la figura 1 se recoge el grado de satisfacción de los MFE con su trabajo:

Figura 1: Satisfacción de los médicos con su trabajo



En las siguientes cuatro tablas se exponen las categorías y subcategorías identificadas para cada uno de los aspectos estudiados.

Tabla 1: Elementos del desempeño clínico considerados gratificantes

Categoría Principal	Subcategoría 1	Porcentaje	Número
Servicio/Ayuda	A pacientes	25%	(37)
	A colegas		
	A aprendices		
Relación Médico/paciente	Con pacientes	18%	(27)
	Con colegas		
	Con aprendices		
Conocimiento y búsqueda de la excelencia		12%	(18)
Características de la especialidad y enfoque en la Persona		8%	(12)
Atención integral al individuo	Sanación vs. curación		
	Continuidad		
	Longitudinalidad		
	Universal		
	Polivalencia		
Colaboración/Trabajo en Equipo		7.4%	(11)
Autorealización/Sentido		6.7%	(10)
Felicidad		6.7%	(10)
Docencia		6%	(9)
Sentido de eficacia		4%	(6)
Otros		6%	(9)
Reconocimiento	Aspectos Materiales		
	Aplicación de técnicas específicas		
	Entorno físico		

Tabla 2: Dificultades o aspectos del trabajo que generan insatisfacción

Categoría Principal	Subcategoría 1	Porcentaje	Número
Problemas de la Atención sanitaria		31.6%	(64)
	Número excesivo de visitas de pacientes		
	Tiempo insuficiente para la atención		
La empresa/Gestión Sanitaria		15.8%	(32)
	Presión administrativa (respecto a tareas, objetivos)		
	Comportamiento de la dirección (arrogancia)		
	Dificultad para alcanzar los objetivos		
	Interés únicamente en lo cuantitativo a expensas de lo cualitativo/humano		
	Poca o ninguna autonomía para el médico		
Excesiva carga burocrática		9.9%	(20)
	Tareas administrativas		
	Múltiples tareas que realizar simultáneamente		
	Gestión de bajas laborales		
	Prioridad dada a protocolos y registros de poca utilidad para el paciente		
Relaciones con colegas & equipo		9.4%	(19)
	Mala coordinación con enfermería		
	Imposibilidad de elegir equipo		
	Compañeros agotados		
	Compañeros en el nivel de atención hospitalaria		
Relaciones con un cierto tipo de pacientes		8.4%	(17)
	Con una cultura de		

inmediatez Falta de educación sanitaria Condiciones triviales Sin cita previa Con ciertos comportamientos (exigentes, poco empáticos, etc)**6) Escaso o nulo reconocimiento (14) 6.9%**En general, hacia la especialidad Por parte de la dirección respecto al trabajo del médico **7) Organización del trabajo (12) 5.9%**Respuesta lenta a ciertos problemas Falta de flexibilidad Software (TIC) Aspectos organizativos específicos**8) Remuneración (8) 3.9%** **9) Escasez de recursos (7) 3.4%**Espacios físicos Recursos humanos**10) Otros(9) 4.4%**Investigación y docencia (escasas) Rutina Baja capacidad de resolución Problemas sociales Llamadas Relación con la industria farmacéutica

Tabla 3: Recursos o estrategias aplicadas para resolver dificultades Categoría PrincipalSubcategoría1) Sectores no sanitarios: Gestión y organización (32) 23.7%Medidas específicas para la gestión de actividades Trabajando en conjunto con los gerentes medidas específicas de activismo Involucrar a pacientes, gerentes y especialistas juntos Participación en comisiones de la gerencia**2) Autocuidado, autoconocimiento y actividades ?existenciales?(32) 23.7%**Espacios físicos ?amigables? El uso del humor Ajustar las expectativas/poner las cosas en perspectiva Estrategias específicas de atención plena y autocuidado en el trabajo Espacios para la reflexión Realizar otras actividades extraprofesionales Fomentar el pensamiento positivo**3) Trabajo en Equipo/Colaboración (23) 17%**Fomentar la solidaridad y las experiencias compartidas entre los miembros del equipo estrategias de delegación de tareas Estrategias específicas de enfermería Colaboración con los servicios sociales Estrategias específicas con colegas especialistas**4) Atención sanitaria (15) 11%**Optimización de las estrategias de atención primaria: longitudinalidad; educación, salud,... Cuidado conjunto con enfermería Enfoque en la resolución de problemas en la atención médica Fomentar la ?atención integral? Uso de nuevas tecnologías (ultrasonido)**5) Relaciones Doctor /Paciente /Colegas (11) 8.1%**Confianza Empatizar activamente Ser asertivo Priorizar el respeto y la amabilidad**6) No-Sanitario: Docencia, investigación (10) 7.4%** Participar en nuevos proyectos Residentes docentes y estudiantes Educación continua Investigación**7) Ingresos bajos(2) 1.5%** Adaptarse a los ingresos Moderar los deseos materiales

Tabla 4: Atributos personales que, según los MFE favorecen una práctica clínica eficaz y gratificante en medicina familiar Categoría PrincipalSubcategoría1) El médico como persona. Autoconocimiento. Autocuidado (33) 25%Reflexión personal Pensamiento crítico y flexible Aceptar límites Gestionar las emociones Presencia Autenticidad Fomentar ciertas actitudes**2) El paciente como persona(23) 17.5%**Dimensiones de la persona Contexto de la persona El médico como persona**3) Relación Médico/Paciente (20) 15.2%**La relación El apoyo La ?amistad médica?**4) Positividad/Efectividad (14) 10.7%** **5) Servicio/Ayuda (14) 10.7%**Utilidad para los demás Vocación **6) Aprendizaje continuo y Actualización (13) 9.9%**Habilidades Conocimiento**7) El médico como persona. Actividades con valor existencial(12) 9%**Recreativas Meditativas Relacionales**8) Colaboración/Trabajo en equipo(10) 7.6%** **9) Docencia/Investigación (4) 3%** Comentarios

Los resultados muestran que estos médicos se enfrentan en su práctica diaria con los mismos problemas que cualquier otro MF: pacientes exigentes, gerentes insensibles con intereses y objetivos de atención médica que no comparten, exceso de papeleo, sobrecarga de trabajo y presión por falta de tiempo; estos son los factores de estrés que suelen describirse en la literatura y que provocan el síndrome de burnout en otros médicos del mismo ámbito, sin embargo su grado declarado de agotamiento es mínimo en comparación con la población general de MF. Para abordar esta problemática, nuestros MFE fomentan una serie de prácticas, actitudes y mentalidades protectoras que coinciden con las destacadas en otros estudios sobre resiliencia [11, 12-14] y que pueden incluirse en los mismos ámbitos que sus fuentes de gratificación (tabla 3). Las más significativas son: la efectividad médica, relacional y colaborativa; los esfuerzos por actualizar sus conocimientos; la necesidad de preservar su identidad personal mediante la diversificación de sus recursos sociales y otros campos de interés; y la promoción del autoconocimiento y el mantenimiento de expectativas realistas.

En conjunto, los resultados muestran que existe una similitud entre la naturaleza de los elementos gratificantes (tabla 1) y los que fomentan la resiliencia (tabla 3), y que, según estos médicos, vienen definidos principalmente por un sentido de identidad personal que es preciso cultivar y, en este contexto, para ellos, la práctica clínica se debe desarrollar teniendo como eje el ámbito de las relaciones con las personas a las que atienden (con una concepción holística y positiva de la salud), y aspectos como la búsqueda de la excelencia, el autocuidado, el trabajo en equipo, la docencia y la investigación contribuyen a la buena salud en la medida en que enriquecen tanto a los médicos como a sus pacientes, además de mejorar la interacción entre ambos.

Si vemos las ideas que estos médicos de familia tienen sobre lo que es importante para ser un buen médico de familia (Tabla 4) y la

naturaleza de los aspectos que proporcionan recompensas en el trabajo (Tabla 1) así como los tipos de recursos utilizados para abordar los problemas (Tabla3), podemos establecer una interesante correlación que, si atendemos a la frecuencia declarada para cada uno de ellos, nos permite incluso proponer un enfoque jerárquico sobre estos elementos esenciales. De la misma forma, esos atributos personales que definen para ellos lo que es una buena y gratificante práctica clínica (Tabla 4) pueden integrarse fácilmente dentro de las dimensiones conceptuales que coinciden con los fundamentos de la identidad profesional definidos por otros autores [15]. Estos tienen que ver con la consideración de ellos mismos como personas, la del propio paciente, la importancia del encuentro clínico y los aspectos integrales que suponen su concepto de salud así como una atención sanitaria longitudinal y polivalente; los cuales a su vez, son reforzados con aspectos como: el trabajo en equipo, la mejora y aprendizaje continuado, la docencia y la investigación. Ese paralelismo que señalamos entre el tipo de atributos identificados en las tres áreas exploradas aumenta la coherencia de las acciones de estos profesionales, ya que demuestra que realmente implementan lo que consideran importante. Podríamos decir que demuestran una voluntad de acción que persigue lo que ellos consideran importante en su trabajo. De esta forma, las opiniones de estos MFE sobre estos aspectos resalta la importancia o la vigencia de los valores fundamentales de la profesión, los cuales, además de suponer una fuente de bienestar para estos profesionales, son por sí mismos los elementos claves para desarrollar estrategias de resiliencia.

Propuestas para afrontar el 'daño moral' de los MF

En otras palabras, para nuestros MFE ser eficaz clínicamente y disfrutar del trabajo resistiendo sus adversidades, está especialmente relacionado con el grado de identificación personal que el médico tenga con los objetivos últimos representados por los valores que desde siempre han definido su especialidad. Lo cual, a nuestro juicio conlleva la necesidad de que el médico personalmente desarrolle una narrativa que incluya esos valores, actitudes y mentalidades que priorizan principalmente el sentido último e integral de una medicina sanadora y el significado subyacente a los conceptos de persona (para el médico y el paciente) y de encuentro y relación clínica.

Desde esta perspectiva y para favorecer esto, además de esa 'narrativa personal' es sin duda necesario implementar estrategias que minimicen las potenciales amenazas a los valores de la MF. En este sentido, la naturaleza de las medidas a implementar para disminuir ese 'Daño Moral' del que hablábamos serían de tres niveles:

Medidas de política y gestión sanitaria

Tienen que ver con medidas que deben poner en práctica los empleadores y gestores sanitarios con el objetivo de abordar cuestiones laborales sistémicas para promover:

- un trato más respetuoso hacia los médicos, - suprimir mandatos o políticas autocráticas - otorgar al médico autonomía y autoridad en la toma de decisiones racionales, - modificar muchos de los indicadores actuales de calidad asistencial, - recuperar el peso de la opinión de muchos médicos de mayor edad o ejemplares - modificar patrones de atención sanitaria que equilibren mejor la cada vez más compleja y conflictiva red de lealtades

2. Medidas de Educación Médica

Principalmente nos referimos aquí a la necesidad de revisar en profundidad los planes de estudio de medicina con el objetivo de

- limitar la superespecialización, - introducir el generalismo, - incrementar la visión de la comunidad como foco de trabajo - hacer más énfasis en las ciencias socio-conductuales, - promover procesos de selección para que no se basen exclusivamente

en el nivel de conocimiento

En suma, equilibrar la perspectiva científica y biomédica actualmente dominante con una perspectiva más cualitativa (perspectivas epistemológicas, antropológicas y éticas más amplias adaptadas a la realidad de la práctica)

3. Medidas anti estrés/burnout, tradicionales de tipo individual (de promoción de la resiliencia)

Se trata de medidas de carácter individual orientadas a luchas contra el burnout, y que desde hace tiempo son las únicas que se vienen implementando cada vez con menos éxito, precisamente porque no se abordan dentro del marco macro o sistémico que aquí proponemos, y tienen que ver con aspectos como:

A) El Autocuidado Personal (Recuperación y Resiliencia): 1. Higiene del Sueño y Descanso (dormir suficiente; pausas activas); 2. Salud Física (Actividad Física Regular; Alimentación); 3. Desconexión Emocional y Ocio (Cultivar Hobbies y Vida Exterior ; fortalecer vínculos sociales); 4. Desconexión Emocional y Ocio (Cultivar Hobbies y Vida Exterior ; fortalecer vínculos sociales).

B) Las Estrategias Laborales (Límites y Apoyo Profesional): 1. Establecimiento de Límites (Aprender a Decir "No?; evitar llevarse trabajo a casa; limitar sobrecarga de turnos); 2. Búsqueda de Apoyo Profesional (redes de apoyo entre colegas; delegar,?)

C) El Incremento de Gratificaciones laborales

Conclusiones

Los MF considerados ejemplares por sus colegas trabajan en los mismos entornos y enfrentan las mismas dificultades que ellos. Sin embargo, estos médicos disfrutan de diferentes aspectos de su trabajo y emplean estrategias para afrontar desafíos similares a las descritas previamente en la literatura. Este estudio destaca la similitud de estas fuentes de gratificación y estrategias de resiliencia con los atributos esenciales que ellos mismos consideran en su especialidad. Esta investigación también enfatiza la importancia central de los valores y atributos de la MF como fuente de bienestar (o posible sufrimiento, ¿daño moral?, si se ven traicionadas) a la vez que como estrategias de resistencia, para un médico y la necesidad de que médicos, gerentes y educadores los consideren como referencia para fomentar enfoques más profundos y amplios que promuevan la resiliencia y eviten el agotamiento. Sin embargo, serán necesarios estudios adicionales que utilicen una investigación cualitativa menos estructurada y más completa y profunda para confirmar y ampliar estos resultados.

(* La referencia original de este estudio es:

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>

Referencias:

1. Greenhalgh T. Future-proofing relationship-based care: a priority for general practice. *Br J Gen Pract*. 2014.

<https://doi.org/10.3399/bjgp14X682357>.

2. Sánchez Bayle M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. [The privatization of healthcare in Spain] (Original in Spanish). Documento de trabajo 182/2014 Fundación Alternativas, 2013. https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf Accessed 23

Jul 2020.

3. Baird B, Charles A, Honeyman M, et al. Understanding pressures in general practice. London: King's Fund; 2016.
4. Burchell B, Ladipo D, Wilkinson F. Job insecurity and work intensification. London: Routledge; 2005.
5. Harrison S. Co-optation, commodification and the medical model: governing UK medicine since 1991. *Public Adm.* 2009;87(2):184-97.
6. Lionis C, Petelos E. The impact of the financial crisis on the quality of care in primary care: an issue that requires prompt attention. *Qual Prim Care.* 2013;21(5):269-73.
7. Hobbs FD, Bankhead C, Mukhtar T, et al. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet.* 2016;387(10035):2323-30.
8. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. [Job satisfaction and burnout in general practitioners]. (Original in Spanish) *Aten Prima.* 2003;31:227-33.
9. Halligan A. The first casualty of reform: lost NHS values. *Br J Health Manag.* 2007;13:288-90.
10. Goodman LA. Snowball sampling. *Ann Math Statistics.* 1961;32(1):148-70. <https://doi.org/10.1214/aoms/1177705148>.
11. Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008;25(4):245-65
12. Ruiz Moral R, Cerro A. What doctors do and think for avoiding burnout about their work? A quanti-qualitative study with exemplary doctors? (original in Spanish). *Bull Doctutor Edu Med.* 2019; Accessed 22 Mar 2021. <https://www.doctutor.es/2019/11/04/que-hacen-y-piensen-sobre-sutrabajo-los-medicos-para-no-quemarse-un-estudio-cuanti-cualitativo-con-medicos-ejemplares/>. 28.
13. Popping R. Analyzing open-ended questions by means of text analysis procedures. *Bull Sociol Methodol/Bull Méthodol Sociol.* 2015;128(1):23-39. 29. Miles M, Huberman
14. A, Saldaña J. Qualitative data analysis. A method sourcebook. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2013
- 15 Phillips WR, Haynes DG. The domain of family practice: scope, role, and function. *Fam Med.* 2001;33(4):273-7