**RECOMENDACIÓN ENERO 2107**

**NATURALEZA Y SENTIDO DEL TRABAJO DEL MÉDICO**

***David I Rosenthal, M.D, y Abraham Verghese, M.D***

***The New England Journal of Medicine***

***Perspective. November 10, 2016***

**Traducción: Dr. Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros**

En tiempos pasados, el trabajo del médico hospitalario era realizado principalmente al pie de la cama o en el laboratorio de análisis clínicos adyacente. Los residentes tenían la oportunidad de ser testigos de la evolución de las enfermedades (para muchas de las cuales no había entonces cura) y llegaban a conocer muy bien a sus pacientes durante el curso de internaciones que solían ser prolongadas. Su vida era agotadora y la tarea les exigía una dedicación total. Quienes abrazaban la profesión eran en su inmensa mayoría hombres blancos solteros, y los hospitales universitarios desalentaban activamente el matrimonio durante la etapa de formación. La Medicina en el hospital era una especie de fraternidad. Las salas de médicos y la cafetería eran lugares centrales donde los internistas, especialistas y cirujanos comían juntos, socializaban y se consultaban informalmente sobre sus pacientes. Las historias clínicas eran llevadas en papel y solían ser indescifrables.

Desde entonces, todos los aspectos de la medicina y del entrenamiento han evolucionado. El progreso ha sido notoriamente rápido en algunas áreas y dolorosamente lento en otras. Durante los últimos 20 años, se ha debatido mucho sobre la cantidad de tiempo de trabajo del personal del hospital. Como las horas de trabajo impuestas a los residentes han cambiado, también lo ha hecho a naturaleza de su labor. Típicamente en nuestro terreno, el de la medicina interna, los residentes llegan al hospital a las 7 a.m,, reciben el pase de los residentes que hicieron guardia durante la noche, y conducen una “pre.-recorrida” para ver a los pacientes que han heredado pero que no conocen bien, antes de dirigirse a evolucionar las historias y a las recorridas de sala con los médicos de planta.. Estas “recorridas” suelen consistir en sesiones de intercambio de datos llevadas a cabo en una sala de reunión, frecuentemente interrumpidas por la planificación de altas, llamadas y mensajes de texto de enfermeras o especialistas, La tarea de dar las altas antes del mediodía es percibida muchas veces como más importante que llegar a conocer a los nuevos pacientes. Las restricciones de tiempo, por otra parte, determinan que cada vez sea menos frecuente que el médico de planta a cargo vea a los pacientes con el resto del equipo.

Cada vez hay menos historias clínicas de papel. El advenimiento de la era digital, si bien ha reducido el tiempo requerido para rastrear los resultados de laboratorio o de imágenes, no ha modificado sustancialmente el tiempo destinado a estar con los pacientes: estimaciones recientes indican que los estudiantes de medicina y los residentes pasan más del 40 al 50% de su tiempo enfrente a la pantalla de la computadora, completando documentación, revisando los registros e ingresando indicaciones. La mayoría del tiempo restante es consumido por la comunicación telefónica necesaria para coordinar la atención con los especialistas, los farmacéuticos, nutricionistas, oficinas de atención primaria y de asistencia social. Muy pocas de estas interacciones son cara a cara. De alguna manera, es sorprendente que el tiempo pasado junto a los pacientes se haya mantenido estable durante las últimas seis décadas. (1)

Las competencias aprendidas desde muy temprano por los actuales estudiantes de medicina y los médicos internos no son aquellas necesarias para tomar una adecuada historia clínica o para realizar un buen examen físico, sino aquellas vinculadas al arte de la eficiencia: llenado de historias, ingreso de órdenes, preparar información para los pases, etc. Como estas habilidades, son fundamentales para que el trabajo esté hecho, suelen priorizarse por sobre las competencias clínicas tradicionales. Cuando los médicos de piso se enteran de una nueva admisión, resulta instintivo y hasta necesario revisar las historia del paciente antes del reunirse con él. Este “abordaje inverso” (primero ir a la historia y después al paciente), tiene algunas ventajas, pero introduce sesgos y debilita la evaluación independiente y la confirmación de los antecedentes y de los hallazgos del examen físico. (2)

En síntesis, la mayoría de lo que definimos como “trabajo” tiene lugar bastante lejos del paciente, en salas de médicos o frente a computadoras. Frecuentemente nuestra atención se encuentra muy desligada de las vidas, cuerpos y almas de las personas que nos confiaron su cuidado. Tanto, que la figura del médico más concentrado en la pantalla que en el propio paciente se ha transformado en un cliché cultural. En la medida que la tecnología actual nos permite atender a los pacientes a distancia de su cama y sin pasar por el office de enfermería, nos hemos ido alejando cada vez más de la humanidad de las personas, ya sean pacientes, colegas o enfermeras, para concentrarnos en el trabajo sobre la computadora.

Pero, ¿cuál es el trabajo real de un médico? Los estudiantes de medicina que ingresan por primera vez a un hospital se encuentran con que la atención médica tiene mucho menos que ver con los pacientes de lo que imaginaban. Es poco probable que en esa instancia mejoren mucho las competencias que les fueron enseñadas de manera teórica, tales como un adecuado interrogatorio, un exhaustivo examen físico o una comunicación efectiva. A pesar de toda la retórica actual acerca de la “atención centrada en el paciente”, el paciente no suele estar en el centro de las cosas.

Mientras tanto, los menús de opciones electrónicas desplegables, los textos copiados/ pegados, y los campos a completar con una tilde (click), han generado una historia clínica que, en el mejor de los casos, se lee como una repetición sin sentido de hechos y que, en el peor, amontona información confusa, inexacta o fraudulenta. Dada la cantidad de información y las discrepancias e inconsistencias dentro de una misma historia clínica, a menudo resulta imposible discernir ninguna señal en esas montañas de ruido. Sin embargo, nuestro sistema de salud, incluyendo su financiamiento, contabilidad, investigación y control de calidad, depende fuertemente de esta representación digital del paciente, el “iPatient” (paciente virtual), y brinda incentivos para su generación y mantenimiento.(3) De la mayoría de los reportes de calidad surge que los iPatients reciben una atención maravillosa; la experiencia de los pacientes reales, sin embargo, es harina de otro costal.

Está claro que los médicos están cada vez más insatisfechos con su trabajo y molestos por el tiempo requerido para transcribir o traducir información en el formato impuesto por el sistema informático. También por el hecho de que, en ese sentido, et trabajo nunca cesa. El burnout es común en el personal hospitalario, y más de un cuarto de los residentes tienen depresión o síntomas depresivos.(4) En respuesta a esto, muchos líderes han abogado por enmendar la “Tiple Meta” (mejorar la experiencia de los pacientes, reducir el costo per cápita y mejorar la salud de la población) agregando un cuarto objetivo: mejorar las condiciones de trabajo de las personas que brindan la atención.

Un estudio de 2013 encargado por la Asociación Médica Americana destaca algunos de los factores que se asocian con una mayor satisfacción profesional. Tal vez no sorprenda que los investigadores encontraran que, para sentirse bien en el trabajo, son cruciales las percepciones de una mayor calidad de atención, autonomía, liderazgo, honestidad y respeto. El reporte resaltó problemas persistentes y verdadero fastidio con la “usabilidad” de las historias electrónicas y consideró un desafío extraordinario poder superar esta falta de adaptación.

Estos hallazgos subrayan la importancia de reflexionar acerca de cómo fue alguna vez nuestro trabajo, cómo es ahora y cómo debería ser. Más allá de cualquier nobleza heredada del trabajo de los médicos en tiempos pretéritos, lo cierto es que ese trabajo era realizado bajo condiciones y estándares de calidad que hoy serían inaceptables. Ejercemos en un sistema mucho más eficiente y seguro, con resultados mensurables. Sin embargo, las tasas actuales de burnout indican que la expectativa de realización personal, encontrándole un sentido a nuestra profesión y carreras, se encuentra totalmente insatisfecha.

Creemos que si queremos recuperar el sentido de nuestro trabajo, los cambios que se necesitan son complejos y deben ser realizados a nivel nacional, comenzando con un diálogo franco con quienes se encuentran en la primera línea de atención. Tal vez la mayor oportunidad para mejorar nuestra satisfacción profesional en el corto plazo resida en el restablecimiento de las conexiones de unos con otros. Podríamos trabajar en el rediseño de nuestras prácticas y espacios físicos para promover el tipo de interacción humana que pueda servirnos de apoyo – entre médicos y pacientes, médicos y médicos y médicos y enfermeras. Podríamos volver al pie de la cama con los pacientes, sus familias y los enfermeros. Podríamos conocer mejor a nuestros colegas de otras especialidades en comedores comunes o en espacios de reunión.

En suma, creemos que en los próximos años, la comunidad médica norteamericana deberá repensar la interfase hombre-computadora y fusionar de manera más inteligente al paciente real con el paciente virtual. En la medida que nuestras organizaciones avanzan hacia sistemas de financiamiento distintos (módulos, cápitas y riesgo compartido), tenemos la oportunidad de modificar drásticamente el diseño de las historias electrónicas, las cuales fueron creadas inicialmente para facturar por prestaciones. Tal vez los escribas virtuales (personas conectadas en tiempo real con el médico que ingresan datos en las historias) y la inteligencia artificial logren eventualmente reducir nuestra sobrecarga de documentación.

Pero la tecnología por sí sola no restaurará nuestra satisfacción profesional. Tendremos que reconstruir el sentido del trabajo en equipo, de comunidad y fortalecer los lazos que nos unen como seres humanos. Creemos que esto requerirá pasar más tiempo unos con otros y con nuestros pacientes, recuperando algunos rituales que tienen sentido (tanto para nosotros como para quienes atendemos), y eliminar aquellos que no agregan valor.

Las soluciones no son fáciles, ya que los problemas están enraizados a los altos costos de la atención de la salud, al pago por nuestro trabajo y a los obstáculos a los que se enfrenta la reforma de salud. Pero podemos comenzar recordando el propósito original del trabajo del médico: brindar cuidados y confort al ver que otra persona sufre. Éste sigue siendo el privilegio y el corazón de la profesión médica.

**Referencias:**

1. Czernik Z, Lin CT. A piece of my mind: time at the bedside (computing). JAMA 2016;315: 2399-400.
2. Chi J, Verghese A. Clinical education and the electronic health record: the f lipped patient. JAMA 2014; 312: 2331-2.
3. Verghese A. Culture shock — patient as icon, icon as patient. N Engl J Med 2008;

359: 2748-51.

1. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2015;314:2373-83

.

1. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, et al. Factors affecting physician professional satisfaction and their implications for patient care, health systems, and health policy. Santa Monica, CA: RAND, 2013 (<http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439> html).

.