

La Medicina de mercado

M.M. SÁNCHEZ MARTÍN.

CÁTEDRA DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA. FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

Resumen. Las características del síndrome de *burn-out* son agotamiento emocional, despersonalización y bajo rendimiento personal. Durante la última década, una confluencia de fuerzas han cambiado la práctica de la medicina de manera inaudita. En consecuencia, algunos médicos ha abandonado practicar medicina o retirarse antes de lo que de otra manera hubieran deseado. Mayores cortapisas económicas, legislativas, legales y administrativas para el ejercicio de la medicina han incrementado la insatisfacción del médico, disminuyendo su moral. Con el fin de superar los múltiples y variados retos del sistema sanitario que de manera evolutiva se van produciendo, es esencial que buena parte de los médicos sigan formándose, tanto en medicina como en el mundo de los negocios. Para recuperar el liderazgo y devolver la moral, los médicos necesitan aprender habilidades y estrategias que les ayuden a trabajar con eficacia en una “industria” en total crecimiento.

Market's medicine

Summary. The characteristics of the burn-out syndrome are emotional exhaustion, depersonalization and low personal performance. During the last decade, a confluence of forces have changed the practice of medicine in an unprecedented manner. Consequently, some physicians practice medicine has abandoned or withdrawn earlier than otherwise would have desired. Senior financial obstacles, higher legislative, legal and administrative constraints in health-care services have increased physician dissatisfaction, decreasing morale. In order to overcome the many and varied challenges of the health system in an evolutionary way they happen, it is essential that most of the doctors further training, both in medicine and in the business world. To recover and restore moral leadership, physicians need to learn skills and strategies to help them work effectively in an “industry” in total growth.

Correspondencia:
Miguel María Sánchez Martín
Regalado, 13, 6º
47002 Valladolid

Síndrome de burn-out entre cirujanos ortopédicos

La definición más comúnmente aceptada del síndrome de burn-out es un estado de agotamiento físico, emocional o mental causado por afectación de larga duración de situaciones emocionalmente exigentes¹. Tiende a ser más frecuente entre profesionales médicos como consecuencia de largas horas de trabajo, estrés en relación con las responsabilidades del cuidado de los pacientes y del contacto emocional con el paciente². Se trata de un síndrome de agotamiento emocional, de actitud y físico progresivos, situación crítica ocupacional en gente profesional dedicada a ayudar a los demás³. Los que lo sufren se encuentran agobiados por fatiga crónica, baja energía, irritabilidad y actitud negativa ha-

cia ellos mismos, hacia los demás y hacia sus cosas. Por su actitud emocional, los que lo padecen suelen tener un impacto negativo sobre los que les rodean, incluso con los que trabajan y los pacientes a los que tratan. De entre las personas que suelen padecerlo, los médicos son los más claramente afligidos. De manera característica, afecta al desarrollo de una actitud cínica y de pérdida de preocupación por lo que están haciendo. Además de agotamiento físico hay cansancio emocional traducido por un sentimiento negativo de superarse, cinismo y falta de respeto por pacientes y colegas.

Existen algunos estudios al respecto, como el de Gabbe y cols.⁴ realizado en 131 departamentos de Obstetricia y Ginecología de Estados Unidos y Puerto Rico, en que el 22 por ciento de los directores de los mismos estaban muy insatisfechos en sus puestos.

En cirugía ortopédica, los directores de los departamentos de hospitales públicos tienen un estrés diferente a consecuencia de mayor supervisión y burocracia de atención al paciente, enseñanza e investigación, así como por menor ayuda económica y disminución del

tiempo para realizar tales actividades. Saleh y cols.⁵ realizan una encuesta sobre cuestionario, con aprobación de la Universidad de Virginia, utilizando el directorio de miembros de la Asociación Americana de Ortopedia (AOA) en 282 departamentos, de 2004 a 2005, mediante correo normal y electrónico. Además había una encuesta por terceras personas (Leever Research Services, Naperville, Illinois) para revisar las anteriores. Cuando no se respondía a la primera llamada se enviaba un recordatorio por vía postal y luego otro por correo electrónico. El cuestionario fue similar al utilizado por Gabbe y cols.⁴, de ocho páginas, dividido en siete secciones, treinta cuestiones principales y sesenta y cuatro menores. La primera sección de 16 preguntas recogía información sobre amplitud del programa, datos demográficos, ingresos económicos, subespecialidad y horas de trabajo semanales.

La segunda sección exploraba efectividad o autoeficacia y preguntaba acerca del grado de efectividad del interesado como director en una escala de 0 a 10.

La tercera sección preguntaba cómo se había sentido afectado el interesado y su departamento en el último año, en el sentido de menor moral, productividad, cohesión o fiscalidad, por ejemplo.

La cuarta sección indagaba sobre el grado actual de satisfacción, un año y cinco años antes, y el que pensaba se produjera un año después de la encuesta, así como la posibilidad de estar muy satisfecho o insatisfecho al cabo de un año.

La quinta sección preguntaba sobre equilibrio entre vida profesional y personal, y satisfacción familiar.

La sexta sección valoraba el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

La séptima y última sección valoraba el apoyo familiar y de la esposa.

La fuerza del estudio estaba en que se trataba de una investigación prospectiva que utiliza medidas psicométricas validadas, consiguiendo una respuesta del 69 por ciento. El 31 por ciento que no contestó estaba en relación con la pesadez de contestar a un largo cuestionario en un grupo de personas de por sí bastante ocupadas. Aunque este síndrome es frecuente entre directores de departamento de hospital público (37% a 47%) también lo es en la práctica privada⁶. Esto refleja el frecuente grado de insatisfacción en todos los cirujanos ortopédicos en relación con pagadores, terceras personas y agencias del gobierno, al papeleo, exigencias de la comunidad (pacientes), aislamiento de otros médicos y malas relaciones en el trabajo con los colegas médicos. Se piensa que este síndrome es un fenómeno que ocurre en los últimos años de la carrera profesional, si bien algunos estudios⁶ indican que los médicos jóvenes lo experimentan casi el doble que sus colegas mayores e incluso el comienzo en aquéllos puede ocurrir en su etapa de residencia.

La publicación que más refuerza el estrés del personal médico procede de una encuesta nacional canadiense⁷ que revela que el 62 por ciento lo debía a un exceso de carga en el trabajo, el 55 por ciento a que su vida personal y la de su familia sufrían por haberse dedicado a la medicina profesionalmente y el 65 por ciento a que tenían limitadas oportunidades para cambiar de carrera. Los datos de la encuesta de Saleh y cols.⁵ de la Asociación Americana de Ortopedia (AOA) parecen coincidir con estos resultados.

Para evitar la aparición del síndrome de burn-out entre los profesionales médicos en cirugía ortopédica, Saleh y cols. (2007) apuntan seguir las siguientes recomendaciones: 1) intercalar pausas en el trabajo; todos sabemos cuándo debemos parar y descansar, tomar un respiro y "recargar pilas"; 2) practicar buen autocontrol; hay que saber detectar cuándo aumenta la tensión, conocer los signos de llegar a extremos y no desarrollar intercambios de mala comunicación interpersonal. Uno debe conocerse a sí mismo, pero tan importante como esto es recordar que uno tiene esposa y familia, los mejores recursos para ayudarse a asegurar que uno sintoniza con su propio cuerpo y alma; 3) poner atención en cómo debe uno hablarse a sí mismo. Los pensamientos e ideas repercuten en el comportamiento y la acción. Si no le gusta a Ud lo que se dice a sí mismo, cambie y empiece a hablar de forma más constructiva y positiva; 4) aunque se sienta que está caliente, permanezca frío; tómese el trabajo con seriedad pero no demasiado seriamente: aligere y manténgase frío. Hay que dedicar tiempo a trabajar con gran intensidad y tiempo para enfriarse y recuperarse; 5) proteja su inversión; Ud es el mayor y más importante valor⁵.

Dejar la medicina

En la última década los médicos se encuentran bajo una progresiva presión por las siguientes razones: atender más enfermos, hacer frente a las exigencias administrativas en aumento y persistir en el cada vez mayor catálogo de tratamientos terapéuticos y preventivos recomendados. Estos cambios, hasta ahora sin precedentes, están produciéndose al tiempo que los ingresos se mantienen o reducen en términos reales y los gastos profesionales aumentan⁸.

Tal vez en relación con estos cambios, algunas publicaciones anecdóticas sugieren que algunos médicos están abandonando la práctica de la medicina o retirándose de ella más tempranamente de lo que habrían querido hacerlo. Tal paso tiene importantes implicaciones para la profesión médica. Si un número de médicos cada vez mayor decide dejar la medicina o retirarse, el número y tipo de médicos disponibles para atender pacientes en algunas comunidades concretas puede que no sea suficiente. Además, teniendo en cuenta que este ritmo aumenta, la repercusión de la mano de obra actual puede no ser considerada adecuadamente a estos cam-

bios. Finalmente el coste importante relacionado con el adiestramiento de médicos y la transición de médicos puede tener gran repercusión. Sustituir a los médicos que dejan su trabajo profesional es costoso, da lugar a discontinuidad en la atención a los pacientes y requiere inversiones adicionales de tiempo para que nuevos médicos lleguen a estar impuestos.

Landon y cols.⁸ realizan un estudio que examina las características demográficas del médico, con relación a la decisión de los médicos de dejar la profesión médica o reducir sustancialmente sus horas de trabajo profesional. El estudio se hace en médicos de primaria y especialistas que emplean al menos 20 horas semanales en atender a sus pacientes. Los hallazgos demuestran que los médicos insatisfechos son 2 a 3 veces más que los satisfechos. Esto repercute sobre el médico y la calidad de la atención. De los 16.861 médicos entrevistados, de los cuales se tenía información dos años después, 462 (2.8%) se habían retirado y 499 (3%) habían reducido el tiempo empleado en atender al paciente en menos de 20 horas por semana. En el análisis logístico multinomial que examinó ambos resultados, aquéllos que trabajaban a tiempo total o parcial no se retiraron tan fácilmente o redujeron el tiempo de trabajo. Los especialistas en medicina interna y psiquiatría no solían retirarse, mientras que los cirujanos estaban más dispuestos a retirarse. La satisfacción del médico estaba muy relacionada con ambos resultados. Por ejemplo, los médicos muy insatisfechos se retiraban más fácilmente y recortaban sus horas de trabajo.

Como conclusión, se demuestra que los médicos insatisfechos dejaban la medicina 2 o 3 veces más que los satisfechos, con la consiguiente repercusión sobre el potencial humano del médico y la calidad de atención al paciente.

La medicina como empresa

Las mayores coacciones económicas, legislativas, legales y administrativas de los servicios sanitarios en el mundo occidental han dado lugar a una mayor insatisfacción del médico y más baja moral del mismo. Parekh y Sing⁹ hacen un estudio de la situación para intentar comprender la motivación del médico para entrar en una escuela de negocios (MBA= Master of Business Administration) y descubrir su utilidad en la trayectoria médica actual.

En los últimos veinticinco años la industria sanitaria ha estado sometida a estudio a fondo y cambio, dando lugar a muy diferentes situaciones médicas, con intención de hacer cambiar los imparable costes sanitarios, mejorar el acceso y la eficacia y reducir errores médicos; la reforma sanitaria ha sido un tema clave en todas las elecciones presidenciales en Estados Unidos de los últimos quince años.

En el sistema sanitario han aparecido muchas novedades últimamente y una sopa de letras de nuevas organizaciones, así como estrategias de dirección y forma

de pago¹⁰ y, a pesar de las medidas tomadas, los costes siguen aumentando de manera alarmante, en términos generales al triple en los últimos cuarenta años. Además, los médicos necesitan aumentar su capacidad económica, bastante desasistida. Se pone especial énfasis en el volumen de pacientes y en el tiempo empleado en cada paciente, en los gastos y en la competencia local. Entre tanto, la tasa de seguro por mala práctica médica continúa aumentando más deprisa que la inflación. Todo ello ha dado lugar a gran insatisfacción del médico para la práctica de la medicina. Muchos se sienten empobrecidos, frustrados y cansados. En 1973, menos del 15 por ciento de varios miles de médicos en ejercicio afirmaban tener dudas de haber escogido la carrera adecuada¹¹. Por contra, las encuestas de los últimos diez años muestran que la cifra se ha elevado al treinta o cuarenta por ciento, e incluso existe un porcentaje mayor que no quiere estimular a sus hijos a seguir la carrera médica¹². Esto explica que algunos médicos se retiren pronto o busquen salidas alternativas a su carrera y, entre otras, obtener el grado de MBA (Master Business Administration).

Parekh y Sing⁹ hacen, al parecer, el primer estudio sobre la necesidad de que el médico se adentre en el campo de la administración MBA. Así, la mayor motivación de los médicos para volver a la facultad fue conocer los aspectos de mercado del sistema sanitario (67%) y obtener un trabajo más interesante (52%).

Los médicos afirman que la habilidad más pertinente que adquirieron al realizar el curso MBA fue la relacionada con las operaciones de los sistemas sanitarios y la complementación de las mejores (49%), aprender a ser un líder eficaz (44%), completar los principios financieros (42%), trabajar en equipo (34%) y buscar efectividad (32%). El 81 por ciento estimó que el grado de business fue muy útil o esencial para hacer avanzar sus carreras. Conviene resaltar que la edad de los encuestados era de 44 años de media.

Como conclusión a este trabajo, es importante destacar que muchos médicos deciden adquirir el grado MBA para comprender la empresa médica. Una vez completado el programa de grado, el tipo de práctica médica cambia sustancialmente, reflejándose particularmente en un incremento del tiempo empleado en responsabilidad administrativa. En orden a que los médicos superen los retos de las diferentes facetas del sistema sanitario que se nos viene encima, es esencial que una parte de los médicos continúe formándose en medicina y mercado.

Como comentarios al trabajo de estos autores hay que decir que, lo mismo que una industria, la medicina ha estado sometida a un alto coste de responsabilidad profesional, reembolsos reducidos, temor al litigio, a la medicina defensiva y a la intromisión en la toma de decisiones médicas por los sistemas de dirección.

Una investigación médica a nivel nacional en USA indica que más médicos entre cincuenta y sesenta y cinco años de edad tienen planes para retirarse pronto,

buscar ocupación fuera de su campo y cortar el número de pacientes que se atienden normalmente⁸. Es interesante saber que Schwartz y cols.¹³ indicaban que los estudiantes de medicina eran más proclives a escoger especialidades que obligaran a menos horas de trabajo práctico por semana que les permitiera tener tiempo para dedicarse a sus actividades vocacionales, así como menor número guardias. Estos aspectos parecen tener más influencia que las tradicionales orientaciones de remuneración, prestigio y mayor adiestramiento.

Para esta revolución que se avecina, los principios de mercado y la tecnología de ordenador han sido clave, de manera que ha dejado a un gran número de profesionales de la medicina sin las claves que son vitales en el ambiente actual¹⁴. Este vacío se ha intentado suplir con programas de tipo sanitario, tiempo parcial y de ejecutivos MBA, así como de currículos de mercado en la red que permitan a los médicos adquirir conocimientos manteniendo los programas médicos cada vez más exigentes. Otras instituciones están ofreciendo cursos en áreas de dirección médica y administración sanitaria. Finalmente, las facultades de medicina se están apercebando que los médicos necesitan tener formación en medicina de mercado⁹.

El médico desencantado necesita de nuevas habilidades para competir

El entrenamiento en las facultades de medicina deja a los médicos sin preparación para la medicina de mercado. Los médicos pueden competir conociendo las fuerzas que dirigen la rentabilidad de la industria¹⁴.

En tiempos pasados la medicina fue un reino y los médicos, reyes. Cuando el entrenamiento en medicina en América y países occidentales se consideró el mejor del mundo, no se había pensado en que los médicos dirigiesen la sanidad en una economía de mercado. El hecho de que los médicos no entendieran ni se adaptaran a las reglas del cambio económico rápido ha sido la causa principal de su reducido papel, influencia y autonomía. Su declive en competitividad –para expresarlo en un contexto mercantil– puede subrayarse por el desalineamiento o desvío de los valores y habilidades transferidas por la comunidad médica académica (de las facultades de medicina) que entrenan a los médicos y el mundo de mercado en que ellos se encuentran cada vez más inmersos. Meros síntomas de este desplazamiento son: la cada vez menor moral del médico; las quejas de incapacidad médica que son cada vez más crecientes y a menudo las endurecidas relaciones entre médicos y planes sanitarios. Para recuperar el liderazgo y restablecer la moral del médico hay que tener habilidades y estrategias que ayuden a trabajar con eficacia en una industria que madura. Tan importante, aunque menos aparente, es que también necesitan de capacidad psicológica para llevar a cabo estos cambios, sin lo cual, los médicos de edad comprendida entre 40 y 65 años mues-

tren un tipo de pesadumbre congelada, idealizando una época pasada de la medicina, pero sintiéndose incapaces de competir con eficacia en el momento actual.

En conjunto, los médicos no son más felices actualmente. Un treinta y seis por ciento de los 30.000 encuestados recientemente por JD Powers/Medstat mostraban moral baja; el 53 por ciento indicaba que sus ánimos habían empeorado en el último año, y un sorprendente 45 por ciento mostraba que con frecuencia pensaba dejar la profesión.

Parte del problema es que el adiestramiento médico no aporta un sistema práctico o intelectual para comprender la nueva economía sanitaria, ni lo ha enmarcado en una respuesta eficaz al declinar la competitividad del médico. De manera tradicional, el “médico ideal” ha sido modelado como clínico investigador con una devoción casi monástica por la asistencia al paciente y la ciencia. Los líderes de la medicina más avanzada han sido aquéllos aclamados por las facultades de medicina, los investigadores y los científicos, que conseguían prestigio y cátedra publicando en las revistas académicas de mayor impacto. A medida que los censores de revistas han hecho avanzar la ciencia de la medicina afirmando la seguridad y eficacia de nuevos tratamientos, su naturaleza como juego de personas enteradas ha aislado también a los líderes médicos del tumulto de ideas y cambios en la economía más extensa.

Una de las funciones básicas del liderazgo es escudriñar el ambiente exterior e identificar las amenazas a la profesión o industria. Sin embargo, para los médicos la competición ha indicado tradicionalmente acceso al mejor adiestramiento de la especialidad, ejercicio profesional y afiliaciones académicas. Las amenazas planteadas por el ambiente exterior, más notablemente el creciente poder de compradores o marchantes, no era una preocupación siquiera remota. El centro del adiestramiento se encontraba en los pacientes y en proporcionar la mejor atención médica a cualquier precio y no en el mayor entramado de relaciones entre proveedores, abastecedores, compradores, pacientes y organizaciones de defensa que determinen el aprovechamiento de la industria.

Otro riesgo que los médicos no percibían era el compromiso de gastar diez años en adiestramiento altamente especializado. En tanto que tal entrenamiento procuraba fuertes ingresos y respeto profesional cuando la medicina era sobre todo un negocio de honorarios por servicio, tal inversión en capital intelectual supuso un riesgo desde el punto de vista del mercado, especialmente si los proveedores de bajo coste ganaban entrada en el mercado o si el mercado cambiaba de otra manera cualquiera.

En otras palabras, las habilidades aprendidas en la facultad de medicina no aseguran el éxito financiero en el mercado actual. Un monopolio protegido, en que los médicos disfrutaban de libertad de honorarios sin ser puesto en tela de juicio durante los últimos treinta años, ha dado lugar a un mercado descontrolado. Ingresos

continuamente altos sin necesidad de cambio o innovación han erosionado la competitividad del médico, habiendo emergido una nueva intensidad de competición en el mercado sanitario, situación que está reflejada en la energía, la banca y la industria aeronáutica.

Muchos médicos educados al estilo clásico se han quedado perplejos en este nuevo ambiente. Pero cómo deberán posicionarse para atender las demandas de un mercado nuevamente competitivo –se pregunta Porter, profesor de la Escuela de Negocios de Harvard– que ofrece el marco para saber cómo ganar a las compañías e industrias y mantener o perder aprovechamiento. Para ello ofrece un modelo de cinco fuerzas, una conexión del atractivo de la industria y aprovechamiento para equilibrar el poder entre: 1) suministradores (en el caso de la medicina, los médicos); 2) compradores (grandes negocios) y 3) competidores (otros proveedores), así como, 4) disponibilidad de sustituir productos (enfermeras clínicas especializadas en sustituir a los médicos de familia o trabajadores sociales que proporcionen el tratamiento dado por el psiquiatra, psicólogos), y 5) el grado de dificultad para entrar o salir de la industria. En la sanidad hay compradores poderosos –agrupaciones de negocios y compradores– que han forzado un tremendo cambio en el equilibrio de poder y magnificado su fuerza sobre grupos de médicos fragmentados y médicos que, en consecuencia, han sido capaces de poner precio y desplazar el riesgo financiero para tratamiento sobre los proveedores (los médicos). Normalmente, los que participan en una industria que sufre encogimiento, emigran a una más atractiva, pero los médicos cuya alta capacidad especializada no puede ser transferida a otras industrias, a menudo son incapaces o no están dispuestos a dejarlo. La idea de retirarse a los 35 o 40 años al menos acobarda. Entre tanto, los proveedores de bajo coste, como enfermeras y otros profesionales sanitarios, sustituyen sus servicios en el mercado, ya que pocos médicos o grupos de médicos tienen datos que justifiquen su alto coste. El problema se complica por un gran número de médicos que se sintieron atraídos por la sanidad durante los años de “*vacas gordas*”; el excedente resultante conduce a la baja de aprovechamiento de la industria en su conjunto.

Porter insiste en que para los negocios pequeños en particular, la estrategia es importante ya que no existen reservas de caja para ayudar a salir de apuros ellos mismos cuando una industria va para abajo. La profesión médica, aunque en algunos casos sea grande, presenta retos similares. Lo que cuenta es la capacidad para encontrar un rincón de éxito, sobre todo si uno está en una industria competitiva o atrapado en la transición a otra. Para competir con eficacia uno tiene que ser productor de bajo coste o especialista con una oferta especial. La diferenciación de habilidades de cada cual es crucial.

Porter advierte que la industria crea beneficios desde unos períodos rápidos y provechosos a otros menos provechosos de madurez cuando la consolidación facilita operaciones de industria costo-eficaces. Durante la fase

de crecimiento de la misma, cualquiera que participe puede aprovecharse fácilmente. Cuando madura, el ritmo de crecimiento de la industria declina, la competencia para compartir mercado aumenta y los negocios se enfrentan a un exceso de capacidad (en sanidad, por ejemplo, camas de hospital, médicos y otros proveedores). La competencia se centra en coste y servicio y toca techo de penetración. A medida que la eficacia operacional mejora se hace más importante el aprovechamiento, el trabajo se hace menos atractivo, menos excitante. La emoción que proporcionaba el primero ahora se desvanece, los directores se sienten preocupados por la supervivencia y llega a producirse malestar en toda la industria.

De acuerdo con la naturaleza de cambio de competitividad en la industria, es necesario un cambio en la psicología de los participantes en la misma, un cambio que habitualmente encuentra resistencia y efecto negativo. Con relación a los directores en industrias de transición, Porter advierte que “*el director general no llega a reconocer y aceptar los cambios requeridos o carece de las habilidades necesarias para tener éxito en el nuevo orden*”. En consecuencia, la estrategia clásica de una organización y las disposiciones son siempre de poco fiar. Esta rigidez es una frecuente reacción a la dificultad estratégica, no sólo durante (industria de transición), sino también en otras situaciones adversas de la compañía.

En la etapa de transición, el espectro o visión de tener que adquirir un nuevo plan de habilidades con frecuencia desanima el negocio o al director para atender cualquier cambio estratégico total. Porter denomina a esto “*escollo de estrategia*” y señala que un negocio en una industria madura responde a menudo con nuevas exigencias competitivas en un número de vías infructuosas pero características, incluyendo resentimiento relacionado con cambios en la práctica de la industria a la emergencia de competición en el precio. Este autor considera que la competición en el precio está destruyendo la industria, al afirmar la alta calidad del producto para justificar la negativa a competir en base al precio; centrándose en el beneficio a corto plazo más que en el crecimiento a largo plazo, y manteniendo exceso de capacidad (por ejemplo, muchas camas de hospital), mejor es deshacerse de ventajas no provechosas para competir con mayor eficacia.

Claramente, las observaciones de Porter no se basan en tendencias de la sanidad sino en muchas industrias que no tienen relación con ella. Que estas ideas se aplican perfectamente a la sanidad sugiere el poder de la noción de las transiciones de la industria y, también, que las soluciones a las amenazas competitivas por la madurez de la industria pueden encontrarse estudiando el caso de otras industrias.

Tradicionalmente, la medicina ha afrontado la necesidad de que sus profesionales tengan un alto grado de estabilidad y reconocimiento, y la incertidumbre de tener un puesto en el mercado hoy es probablemente lo que muchos buscan evitar. Esperar que los médicos

abracen hoy nuevas formas de trabajar y pensar es ir contra su psicología. Que el médico asuma un riesgo financiero supone además una nueva situación poco confortable de riesgo psicológico. Además, la propia identidad del médico es fuerte. Al cabo de los años, si no de décadas, de entrenamiento y socialización por una cultura que prosperó en los años de crecimiento de la medicina, es difícil adaptarse a una industria más menguada en su madurez, en la que los compradores están al acecho.

Pocos de nosotros estamos a gusto intentando cambiar actitudes, comportamientos y aspiraciones durante décadas. Claudicar en habilidades y actitudes adquiridas durante años de entrenamiento es entristecerse por la pérdida de uno mismo. Es incomprensible resistirse a tales pérdidas, pero al mismo tiempo es desafortunado.

Lo que se necesita es un proceso de “agravio institucionalizado”, en que las organizaciones sanitarias ayuden al médico a deplorar sus desilusiones profesionales. La auténtica tristeza es una emoción que todos tratamos de evitar. Incluso si uno no llega a entristecerse corre peligro de encolerizarse, con lo cual es menos capaz de hacer cambios psicológicos estratégicos, necesarios para competir hoy –como señala Shore, profesor de psiquiatría de la facultad de medicina de Harvard–.

Un empresario que dirige una compañía que empieza puede que no sea la mejor persona para actuar durante la madurez de la misma, ya que los médicos con competencias psicológicas, médicas y administrativas necesarias hoy son diferentes a los que se necesitan en una industria en crecimiento. Los médicos hoy tienen que disminuir su confianza de sí mismos en intervenciones muy costosas, de alta tecnología, cuyo aprovechamiento es difícil de sostener y que resultan no ser tan superiores de manera poco definida. En vez de ello,

deben insistir en sus conocimientos no contrastados de valor de la cadena sanitaria (“mirar adelante, no atrás, la izquierda”). Se necesita tener nuevas habilidades: sistemas de compensación que gratifiquen a los médicos por mejorar resultados y sistemas más que por ver más pacientes, mejor comunicación con los pacientes, mayor esfuerzo en promover la salud y parte de servicio para facilitar la tecnología de la información.

Por su parte, los planes sanitarios en progresión necesitan desarrollar estrategias para reducir el desalineamiento entre el adiestramiento académico y la realidad del mercado de hoy. Mientras los médicos a menudo se enfrentan a los cuidados dirigidos y al mercado de la medicina, estudios de casos de negocios de éxito y fallo en una variedad de industrias aportan una rica oferta de ideas para ayudar a mejorar la competitividad del médico y la atención sanitaria. El mercado en auge en MBA (Master Business Administration) y programas de liderazgo médico están ayudando a llenar este vacío.

Las nuevas reglas de juego son demasiado importantes para abandonarse a las mayores organizaciones sanitarias. Los médicos necesitan comprender los elementos de estrategia sanitaria, también como ejecutivos. Sin una forma de comprender y responder a los vastos cambios de la sanidad, los médicos llegarán a desmoralizarse y más de uno ya ha dejado la práctica de la medicina. Para recuperar el liderazgo y un sentido de utilidad tienen que reconocer las nuevas bases de competitividad sanitaria. Mientras el cuidado dirigido es el poste de flagelación que prefieren muchos proveedores, es útil recordar que los compradores –una industria que madura y se consolida y una economía mundial cada vez más competitiva– alimentan implacablemente la presión para reducir costes. El cuidado dirigido es un síntoma, no la causa¹⁴.

Bibliografía:

1. **Bauer J, Hafner S, Kachele H y cols.** The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychotter Psychosom Med Psychol* 2003; 53:213-22.
2. **Christeseley J.** Marriage and medicine: the physician as a partner, parent and person. *Can Fam Physician* 1986; 32:360-8.
3. **Jones JW (ed).** The burnout syndrome: current research, theory, intervention. Park Ridge, IL. London House Press. 1981.
4. **Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E.** Burnout in chairs of obstetric and gynecology: diagnosis, treatment and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:601-12.
5. **Saleh KJ, Quick JC, Conaway M y cols.** The Orthopaedic Forum (AOA). The prevalence and severity of burnout among academic orthopaedic departmental leaders. *J Bone Joint Surg* 2007; 89A:442-7.
6. **Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH.** The occurrence and distribution of burn-out among infectious diseases physicians. *J Infect Dis* 1992; 165:224-8.
7. **Sullivan P, Buske L.** Results from CMA's huge 1998 physician survey point to a dispirited profession. *CMAJ* 1998; 159:525-8.
8. **Landon BE, Reschowsky JD, Pham HH, Blumenthal D.** Leaving medicine. The consequences of physician dissatisfaction. *Medical Care* 2006; 44:234-42.
9. **Parekh SG, Sing B.** An MBA: the utility and effect on physician's careers. *J Bone Joint Surg* 2007; 89A:442-7.
10. **Ginsburg PB.** Competition in health care: its evolution over the past decade. *Health Aff (Milwood)* 2005; 24:1512-22.
11. **Hadley J, Cantor JC, Wilke RJ y cols.** Young physicians most and least likely to have second thoughts about a career in medicine. *Acad Med* 1992; 67:180-90.
12. **Massachusetts Medical Society.** Physician satisfaction survey 2001. Disponible en: <http://www.massmed.org/pages/physiciansatisfaction.asp>.
13. **Schwartz PV, Haley JV, Williams C y cols.** The controllable lifestyle factor and student's attitudes about speciality selection. *Acad Med* 1990; 65:207-10.
14. **Vanelli MR.** Disenfranchised doctors need new skills to compete 1999. Disponible en: <http://www.managedcaremag.com/archives/9901/badfit.html>.