

EL *BURNOUT* o SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL ENTRE LOS MÉDICOS URUGUAYOS

Dr. Antonio L. Turnes*

Resulta francamente alarmante la frecuencia con que nuestros colegas de ambos géneros perciben y expresan un creciente malestar con su trabajo. Derivado de las condiciones en que lo realizan, del hostigamiento laboral, de las interferencias con su libertad profesional. Con jornadas de trabajo agotadoras, que no les dejan tiempo para el cuidado de su salud, de su vida personal y familiar, de su actualización o recreación. De su salud mental. Algunos lo sufren como diversas manifestaciones de enfermedad, que son distintas máscaras del mismo fenómeno. Otros se alejan de sus lugares de trabajo o directamente abandonan la profesión,

porque esta sólo les aporta un creciente estado de malestar. Para examinar algunos aspectos de este fenómeno, que no es nuevo pero sí más grave, es que dedicaremos este artículo.

El 10 de octubre de 2002, con motivo del Día de la Salud Mental”, presentamos ante una reunión del CUDASS (Colegio Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud) una ponencia sobre este tema. Era el año de la peor crisis económica del Uruguay en mucho tiempo. Con cierres de bancos, y miles de ahorristas damnificados; pérdidas de fuentes de trabajo profesional por cierre de ocho instituciones, y emigración

forzosa de muchas familias de médicos. Cuando muchas parejas –médicos ella y él– perdieron dos o tres de sus respectivos trabajos, y cercanos a la cincuentena, encontraban que las puertas del futuro –como profesionales médicos– se cerraban en Uruguay para ellos.

En abril de ese año había tenido ocasión de comentar en *El Diario Médico* un artículo del *British Medical Journal*, que se dedicaba al médico desorientado en la sociedad global⁽¹⁾. Este artículo, que fue ampliamente comentado, señalaba que “*el desencanto de los médicos con su profesión es un fenómeno común a todos los países desarrollados, donde el salario y la carga de trabajo no inciden tanto como el desencuentro con el paciente y la falta de correspondencia entre las expectativas del facultativo al comienzo de su carrera y las nuevas exigencias de los servicios de salud*”. Y concluía que: “*En el terreno formativo, los profesionales deberían ser mejor preparados desde la universidad para asumir roles de liderazgo*”⁽²⁾.

Posteriormente revisamos algunas definiciones sobre el SÍNDROME DEL *BURNOUT*, también llamado SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL, al que sin duda deberíamos dedicarle en el futuro más atención. Fundamentalmente, los administradores de servicios de salud tendrían que estar alertados ante esta realidad que compromete severamente la calidad del relacionamiento del personal de salud con sus pacientes (clientes) o familiares. En el supuesto que tales administradores fueran aptos y capaces para el desempeño de su función, y que hubieran recibido una calificación adecuada. Cosa que difícilmente ocurre en un país que se ha caracterizado por una pobre formación en esta área, y un favoritismo político o amiguismo circunstancial a la hora de seleccionar los mayores cuadros para dirigir establecimientos de salud. Luego sus acciones saltarán a los titulares de la prensa, se verán mezclados en escándalos públicos y mostrarán al desnudo su falta de condición para el puesto que se les ha confiado. Y revelará, al mismo tiempo, las falencias de quienes hicieron que llegara a dicho cargo ese candidato, como premio a su militancia, adhesión o incapacidad.

La opinión de los clásicos

Decía Séneca⁽³⁾ “*¿Por qué al médi-*

1. EL DIARIO MÉDICO, Uruguay, No. 42: abril 2002.

2. EDWARDS, Nigel, KOMACKI, Mary Jane y SILVERSIN, Jack: Unhappy doctors: what are the causas and what can be. *BMJ*: 324 (7341), 6 abril 2002, pp 835-838.

3. LAÍN ENTRALGO, Pedro: La relación médico-

co y al preceptor les soy deudor de algo más, por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente... ¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo, y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de quienes como enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con ése estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo”.

Paracelso⁽⁴⁾ expresaba: “*El más hondo fundamento de la medicina es el amor... Si nuestro amor es grande,*

grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos. Pues el amor es el que nos hace aprender el arte, y fuera de él, no nacerá ningún médico”.

Más modernamente, Harrison⁽⁵⁾, en la primera edición de sus *Principios de Medicina Interna*, decía hace 50 años: “*No cabe mayor suerte, responsabilidad u obligación en el destino de un hombre que convertirse en médico. Para atender a los que sufren, el médico debe poseer las habilidades técnicas, el conocimiento científico y el calor humano. Sirviéndose de todo ello con coraje, humildad y sabiduría, puede el médico prestar un servicio único a sus congéneres, a la vez que forma dentro de sí un firme carácter. El médico no ha de pedir más a su destino, pero tampoco ha de contentarse con menos.*

Del médico se espera tacto, simpatía y comprensión, porque el paciente no es sólo un conjunto de síntomas, signos, funciones alteradas, órganos dañados y emociones alteradas. Es un ser humano temeroso y esperanzado, que busca alivio, ayuda y confianza. Para el médico, como para el antropólogo, nada humano es extraño o repulsivo. El misántropo puede llegar a ser hábil en el diagnóstico de la enfermedad orgánica, pero hay pocas probabilidades de que tenga éxito

enfermo. Alianza Editorial, 1983, pág. 17: Séneca, *de beneficiis*, VI, 16.

4. LAÍN ENTRALGO, Pedro: op. Cit., pág. 17: Paracelso, *Spitalbuch*, I. Teil.

5. HARRISON: *Principios de Medicina Interna*, 13ª. Edición, Vol. I, Interamericana- Mc Graw Hill, 1994, pág. 1.

como médico. El verdadero médico posee, como señaló Shakespeare, un inmenso interés por el sabio y el tonto, el orgulloso y el humilde, el héroe estoico y el pordiosero quejumbroso. Se preocupa por la gente.”

Francis Peabody⁽⁶⁾, expresó también medio siglo atrás: “*Nunca se repetirá bastante la importancia de la relación personal e íntima entre el médico y el enfermo, puesto que en un elevado número de casos, tanto el diagnóstico como el tratamiento dependen directamente de ella. Una de las características primordiales del clínico es su sentido de humanidad, ya que el secreto del cuidado del paciente estriba en interesarse por él*”.

Un poco de historia

En 1974, Herbert Freudenberger, psiquiatra que trabajaba como asistente voluntario en la ciudad de Nueva York, en una clínica para toxicómanos, junto a otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que luego de un año de empezar a trabajar, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, *con un trato distan-*

ciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece. Y utilizó la misma palabra *burnout* que empleaban para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso⁽⁷⁾.

En 1976, la psicóloga social Cristina Maslach estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió el mismo término que empleaban los abogados californianos para describir entre sus colegas el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y *desinterés cínico* entre sus compañeros de trabajo. El término *burnout* tuvo finalmente fortuna y aceptación social, por ser descriptivo y no estigmatizar a las personas, como ocurría con los diagnósticos psiquiátricos.

En 1986, Maslach y Jackson definieron el *burnout* como “*un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*”.

Freudenberger lo define como “*un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo*”.

Pines y Aronson, en 1988, proponen una definición más amplia, no

6. HARRISON, op. cit., pág. 2-.

7. MINGOTE ADÁN, J.C., del Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España: FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA, DOYMA, Volumen 5, Número 8, octubre 1998, pág. 493.

restringida a las profesiones de ayuda: *“Es el estado de agotamiento físico, mental y emocional producido por estar involucrado permanentemente en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”*.

El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas.

El agotamiento mental incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y alienación con el trabajo.

El agotamiento emocional refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hacia la vida misma.

Para Pines, las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales tales como el comercio, la política o en cargos directivos. En opinión de esta autora, el factor mediador más importante depende de las condiciones laborales objetivas: que faciliten la consecución de los objetivos propuestos, con realización de las expectativas personales, o que el medio laboral sea vivido como frustrante, con predominio de características negativas. Destaca la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, de la supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuado, así como el desarrollo de la carrera profesional.

El síndrome de *burnout* puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión, a evitar el trato directo con los clientes a través de la realización de trabajos administrativos o de investigación, o bien el estrés laboral puede ser vivido como un reto positivo, que promueve el desarrollo personal.

En 1984, Brill propuso una definición de *burnout* menos conocida y más precisa: *“Es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas”*.

En consecuencia, el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente, no se puede interpretar como *burnout*, porque no están mediados por las expectativas y creencias iniciales. Asimismo, las personas que tienen un menor rendimiento laboral transitorio, y que son capaces de superarse por su propio esfuerzo no se pueden considerar *burned-out*.

En suma: el *síndrome de burnout* incluye cinco factores característicos comunes a todas las definiciones anteriores:

1. Predominan los síntomas disfóricos, y, sobre todo, el agotamiento emocional.

2. Destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente).

3. Se suelen dar síntomas físicos de estrés psico-fisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que, a su vez, conducen al deterioro de la calidad de vida.

4. Se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales”.

5. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

La situación en Uruguay

Diversas investigaciones se han realizado entre médicos y otros trabajadores de salud en diversos países, y también en Uruguay.

En Uruguay, una encuesta realizada por la Cátedra de Medicina Intensiva en 1994⁽⁸⁾ indaga en alguna de las características del trabajo de los intensivistas de todo el país. Respondieron un 25% de los que ejercían, y dedicaba atención preferente al tiempo libre, la familia, y características del ejercicio profesional. El 76% consideraba que la dedicación familiar era insuficiente; el 75% que la participación en la educación de los hijos era insuficiente; el autor concluía que a pesar de la dureza del trabajo el síndrome de *burnout* no parece existir entre los intensivistas uruguayos, “ya que 92% de los mismos se mostraron conformes con su actividad profesional”. Poco tiempo después de publicado este trabajo, un Congreso de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva trató, en una mesa redonda, el tema *Quién cuida al cuidador*. Un artículo publicado en Archivos de Pediatría del Uruguay, ha revelado una encuesta efectuada en un sistema de emergencia móvil, como aproximación a un diagnóstico de situación⁽⁹⁾. Básicamente comparate las conclusiones que se expondrán, de otros países, y señala —entre muchos otros conceptos— la incidencia del multiempleo, trastornos en la

8. ARTUCIO URIOSTE, Hernán: La actividad de los intensivistas. Impacto de la actividad profesional en la vida privada. PAC CRÍTICO, 1996; 9(2-3): 63-70.

9. MATRAI, Loredana: Estrés y “*burnout*”, aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. Arch. Pediatr. Urug. 2001; 72(S): S14-S19.

vida personal y de pareja (incluyendo separación o divorcio), y que un tercio de los encuestados, aproximadamente, admitió haber aumentado algunas adicciones, entre ellas el uso de cafeína, tabaco, psicofármacos y alcohol, en ese orden.

Un importante grupo médico de Montevideo, que lleva estadísticas desde el inicio de sus actividades en enero de 2000, ha registrado cifras impactantes en cuanto a los días de certificación médica. El grupo, que representa más del 30% de los médicos en actividad, muestra que en el año 2000 por *trastornos mentales* estuvieron certificados 1.759 días (9,67% del total, detrás de tumores malignos y enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo); en el año 2001 ocuparon el primer lugar, con 3.304 días (16,76% del total, seguidos por las dos causas mencionadas) y para lo que iba de 2002 llevaba el tercer lugar, con 1.514 días (9,76% del total)⁽¹⁰⁾.

Estudios de poblaciones

En España, se han ocupado del fenómeno diversos grupos de investigadores. Daniel Vega, Pérez Urdániz y Fernández Cantí, en Salamanca, utilizan la expresión *síndrome de desgaste profesional* (SDP), como lo hicieron Álvarez Gallego y Fernández

Ríos en 1991, al constatar la misma disfunción psicosocial en un grupo de profesionales gallegos del área de salud mental.

Gervás y Hernández, en 1989, describen el *síndrome de Thomas*, en homenaje a Thomas, el neurocirujano frustrado, protagonista de la novela de Milan Kundera titulada *La insostenible levedad del ser*.

Los autores de Salamanca realizaron un estudio de campo sobre los médicos del Hospital Clínico de esa ciudad, concluyendo que ese grupo médico presenta un *grado medio* de *burnout* caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional, niveles medios de despersonalización y moderadamente altos de realización personal. Se sienten mal pagados y presentan una alta implicación afectiva con su empleo. Aunque aprecian el trabajo en equipo, creen que existe una mala comunicación entre ellos y una inadecuada distribución de los esfuerzos según el trabajo realizado.

Padecen un *mayor grado de burnout* cuando se asocia con el consumo de más de 20 cigarrillos al día, menor implicación laboral afectiva y peor salud general que los no fumadores y que los que fuman menos de 20 cigarrillos al día.

El 20% de los médicos presentan *síntomas psicopatológicos que alcanzan el nivel de probable caso psiquiátrico*.

Un grupo encabezado por De las Cuevas Castresana, González de Ri-

10. CASEMED: Caja de Auxilio y Seguro Médico. Estadísticas. Comunicación personal.

vera y Revuelta, De la Fuente Portero y colaboradores, realizaron un estudio sobre *burnout* y reactividad al estrés en una muestra representativa de profesionales del Sistema de Atención Primaria de Salud en Santa Cruz de Tenerife, constatando que un tercio aproximado de empleados presentaban alto agotamiento emocional, elevada despersonalización y baja realización personal. Destacaba también mayor agotamiento emocional en los médicos de atención primaria que en el resto del personal asistencial.

Mingote, Denia y Jiménez han realizado un estudio sobre SDP en diplomados universitarios de enfermería que trabajan en el Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, con el objetivo de estudiar su posible asociación con variables ocupacionales como la especialidad y variables demográficas. Aquí se detectó la existencia de un mayor porcentaje de personal de edades más jóvenes con contratos eventuales en las unidades de hospitalización de pacientes graves y con alta tasa de mortalidad, mientras que en los servicios centrales y de pacientes con baja mortalidad predominan los profesionales de mayor edad y con contratos fijos de trabajo. En la muestra de profesionales que se ocupan de pacientes con alta mortalidad se apreció una incidencia significativamente mayor de agotamiento emocional, mayor nivel subjetivo de estrés y consumo

excesivo de café, tabaco y alcohol, así como de deseo de cambio de puesto de trabajo. En los servicios clínicos hay mayores niveles de satisfacción laboral que en el trabajo de los servicios centrales.

Otros autores se han ocupado del mismo tema en Canadá,⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ para médicos y para odontólogos, en Argentina para diversos grupos profesionales⁽¹³⁾ y en Ecuador para practicantes internos de los cinco mayores hospitales de Quito⁽¹⁴⁾. En España, hay diversos estudios, de los que se destaca una encuesta de profesionales de atención primaria y de atención especializada (médicos y enfermeras) destacando sus variaciones epidemiológicas⁽¹⁵⁾.

11. KERR, Michael: www.MikeKerr.com (autor de "You Can't Be Serious! Putting Humor to Work", conferencista internacional).

12. FREY, RON: When Professional Burnout Syndrome Leads to Dysthymia; J.Can. Dent. Assoc. 2000; 66:33-4.

13. PÉREZ JÁUREGUI, María Isabel: El "Síndrome de Burn out" ("quemarse" en el trabajo) en los profesionales de la salud: Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, Año II, No. 5, marzo 2001: www.ssalvador.edu.ar/ual

14. BREILH, Jaime: Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de Quito: www.ensp.fiocruz.br/projetos/estrisco/trab_hosp1.htm

15. ATANCE MARTÍNEZ, Juan Carlos: Dirección Provincial de Insalud de Guadalajara: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO. In: Revista Española de Salud Pública: www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199703/burnout.htm

Existen visiones desde el campo de la psicopatología, donde se menciona la definición hecha por el Dr. M. Meeroff, pionero de la bioética y la antropología médica, que definió el síndrome de Thomas o síndrome de *burnout* como *“Enfermedad que contraen los profesionales del cuidado de la salud, en primer término los médicos, que adquiere habitualmente cronicidad, afecta preferentemente a los profesionales de menor categoría, sin diferencias de edad y sexo, contagiosa de persona a persona por ‘vía mental’, últimamente muy difundida, especialmente en los centros de mucha población, que repercute intensamente en el medio familiar, de tratamiento muy complejo y escaso resultado aún”*⁽¹⁶⁾.

El profesionalismo médico

En febrero de 2002 fue publicado en Estados Unidos y Europa un Proyecto colectivo de diversas organizaciones médicas, el American College of Physicians – American Society of Internal Medicine y el American Board of Internal Medicine junto con la European Federation of Internal Medicine, una CARTA DE LAS OBLIGACIONES DEL MÉDICO, titulada PROFESIONALISMO MÉDICO EN EL NUEVO MILE-

16. KESSELMAN, HERNÁN: Clínica de la Multiplicidad: Psicopatología de la vida cotidiana de pacientes y terapeutas. Entre Lo Vincular y Lo Maquínico. Entre el recurso único y los recursos múltiples. En <http://www.campogrupal.com/hernan.html>

NIO: UNA CARTA DEL MÉDICO,⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. En esta carta se establece un Preámbulo y unos Principios fundamentales, y un conjunto de Responsabilidades profesionales, que pueden resumirse así:

Preámbulo

- El profesionalismo es la base del contrato de la medicina con la sociedad.
- Actualmente, la profesión médica enfrenta una explosión de la tecnología, cambiando las fuerzas del mercado, los problemas en la prestación de la atención de salud, el bioterrorismo y la globalización. Como resultado, los médicos encuentran cada vez más difícil cumplir con sus cometidos hacia los pacientes y la sociedad. En estas circunstancias, es mucho más importante reafirmar los principios y valores fundamentales del profesionalismo médico.

Principios fundamentales

- El principio de la primacía del bienestar de los pacientes.

17. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE: 136(3), 5 february 2002, pp 243-246: Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter (Perspective). Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine.

18. THE LANCET. Vol. 359. February 9, 2002, pp 520-522: Charter on medical professionalism: Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter.

- El principio de la autonomía de los pacientes.
- El principio de la justicia social.

Responsabilidades profesionales

- El compromiso con la competencia profesional.
 - El compromiso con la honestidad con los pacientes.
 - El compromiso con la confidencialidad hacia los pacientes.
 - El compromiso para mantener las relaciones apropiadas con los pacientes.
 - El compromiso por mejorar la calidad de la atención.
 - El compromiso con el acceso con equidad a la mejor asistencia.
 - El compromiso con una distribución justa de los recursos finitos.
 - El compromiso con el conocimiento científico.
 - El compromiso con el mantenimiento de la confianza al administrar los conflictos de intereses.
 - El compromiso con las responsabilidades profesionales.

En conclusión

Debemos reconocer que esta patología existe entre nosotros, y que puede adquirir proporciones crecientes, conforme se deterioran algunas de las características del sistema de salud y de las instituciones. O los cambios se realizan en forma no armónica: esto

es, cambio de sistema que no trae beneficios a quienes trabajan en él, desde distintos puntos de vista, que se reflejan en su conducta.

- En la actual coyuntura socio-económica que atraviesa el país y la región, puede esperarse que este problema, que hemos presentado a la luz de informaciones anteriores a la crisis, tengan aún una expresividad de más alto impacto. No podemos olvidar el efecto “iceberg” y el subregistro de estas patologías y situaciones, porque sus portadores no lo manifiestan abiertamente.

- Es posible enfrentarlo mediante estrategias de manejo adecuado del estrés.

- Es una responsabilidad compartida de médicos y otros profesionales de salud, porque a todos afecta, y de los administradores de servicios de salud.

- Sus consecuencias se hacen sentir sobre la pérdida del trato humanitario y el deterioro de la calidad asistencial.

- Debe buscarse la ayuda idónea para el manejo individual y colectivo de este síndrome a través de un equipo multidisciplinario, para evitar y limitar los impactos destructivos que potencialmente encierra.

Cotejo con otras profesiones

En octubre de 2005, una nueva invitación para participar en una ac-

tividad interdisciplinaria entre la Cátedra de Medicina Laboral y algunos de los convocantes de aquella actividad de 2002 en el CUDASS, organizaron en el SMU una nueva instancia. La ocasión obligó a repensar muchas de las cosas que había hecho en los últimos 40 años de trabajo con la profesión médica en mi país. Había ingresado pocos meses antes al Directorio de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios (CJPPU). Allí había encontrado nuevos elementos que reforzaban esa necesidad de conocimiento que tenía el colectivo amparado, no sólo el colectivo médico, sino el conjunto de los profesionales, diferenciando para este grupo algunos indicadores alarmantes. Esa información procesada por los médicos certificadores de la CJPPU, mereció una publicación en **Cuadernos del C.E.S.**,⁽¹⁹⁾ que tuvo amplia repercusión nacional e internacional, porque son raros los estudios de un gran número de profesiones diferentes, con datos acumulados durante un período largo de tiempo, que evidenciaban diferencias sustanciales entre las distintas ramas de actividad, con llamativa afectación de las vinculadas a la salud.

19. DONNER, Elizabeth, VILARÓ, Daniel: Patología Prevalente entre Profesionales Universitarios. Cuadernos del CES (Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico del Uruguay): No. 2, junio 2008. En: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos2/art9.pdf>

Previamente habíamos publicado dos estudios sobre la MORTALIDAD DE LOS MÉDICOS EN URUGUAY⁽²⁰⁾⁽²¹⁾ por lo cual dedicar atención al estudio de la MORBILIDAD y la CALIDAD DE VIDA, debía ser un imperativo ético insoslayable. Buscando hallar elementos que condujeran a una prevención y evitaran muertes tempranas de colegas.

En la preparación de la 8ª Convención Médica Nacional (agosto 2004) una Encuesta Médica Nacional de la consultora Equipos Mori, daba ya elementos valiosos en esa dirección⁽²²⁾. En el módulo de valoración de la salud mental contamos con la valiosa cooperación de la Dra. Laura Schwartzmann, profesora de Psicología Médica de la Facultad de Medicina.

La Comisión de Hemostasis y Trombosis del SMU, en el año 2007, organizó una nueva Encuesta sobre la Calidad de Vida de los Médicos y su expresión en el plano de la salud

20. TURNES, A. L., CIRIACOS, C., RODRÍGUEZ-ALMADA, H.: Mortalidad de los médicos en Uruguay (primera parte) (1974-2002) – Características demográficas. Rev Med Uruguay: Vol. 19, No. 3, diciembre 2003. En: <http://www.rmu.org.uy/revista/19/3/2/es/5/>

21. CIRIACOS, C., RODRÍGUEZ-ALMADA, H., TURNES, A. L.: Mortalidad de los médicos en Uruguay (segunda parte). Análisis de las causas de muerte en el quinquenio 1998-2002. Rev Med Uruguay: Vol. No. 4, diciembre 2006. En: <http://www.rmu.org.uy/revista/2006v4/art4.pdf>

22. EQUIPOS MORI: Encuesta Médica Nacional 2004. Informe completo en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/informefenc2004.pdf>

mental y el *burnout* entre los médicos. La actividad realizada por Equipos Mori, fue liderada por la Prof. Dra. Ana María Otero y un entusiasta grupo de colaboradores. Buscaron profundizar en las causas y afinar el diagnóstico.

Recientemente, una encuesta realizada por la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría y la Asociación de Psiquiatras del Interior⁽²³⁾, en agosto de 2009, también realizada por Equipos Mori, muestra elementos preocupantes en la misma dirección, pero centrados ahora en una sola disciplina médica, justamente la que tiene por objeto ayudar a sostener o rehabilitar la salud mental de la población⁽²⁴⁾.

En primer lugar quiero citar a José Ingenieros, que fue un médico forense, filósofo y fundador de la psicología en Argentina, que escribió un libro, tal vez el más famoso de todos, que llamó *El hombre mediocre*. Allí describía muchas de las cosas que seguramente están explicando la raíz de lo que nos está sucediendo.

En segundo lugar, pero no menos importante, debo mencionar el recuerdo y traer el espíritu de alguien que fue muy importante aunque muy modesto, que hizo mucho por

la salud, que hizo mucho por otros profesionales, por el país, que fundó la Medicina del Trabajo en Uruguay. Me refiero al Dr. José F. Arias, a quien seguramente muchos de mis colegas actuales no sintieron siquiera mencionar, exceptuando a quienes proceden del campo de la Medicina del Trabajo, quienes lo recuerdan con mucho cariño. Y yo especialmente, porque viví con él muy poco tiempo de sus últimos años de vida, cuando ya estaba en la declinación, pero supe a través del tiempo, mucho después de su muerte, de la valía de su trabajo. Fue un fundador del SMU y uno de sus primeros presidentes. Y realmente, para tener una dimensión de esto, especialistas en Medicina del Trabajo dijeron que Arias había comentado cierta vez que en cada lugar de trabajo, en cada fábrica, en cada industria, debería haber un médico laboral. Y qué razón tenía, porque cada vez esto tendría que ser una realidad más fuerte. Sin embargo, esto no ocurre y la Cátedra de la disciplina, entre nosotros, no es una de las más frecuentadas; no es uno de los trabajos más apetecidos ni jerarquizados por mis colegas y todas las vocaciones se dirigen en otras direcciones que seguramente tienen un futuro laboral más promisorio. Tal vez si ellos tuvieran más presencia, habríamos caído en la cuenta, mucho antes, de los hechos que nos rodean, que ocurren a nues-

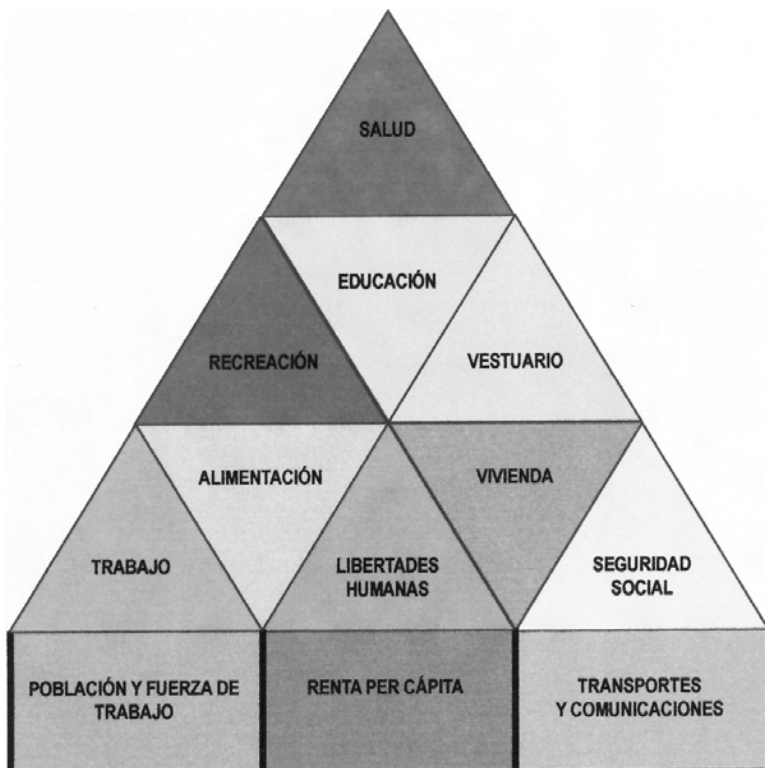
23. Publicada en este mismo número de *Cuadernos del CES*: No. 5, diciembre 2009.

24. Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU (Miembro Responsable: Ana María Otero): Resultados de una Encuesta sobre Morbimortalidad de los Médicos. En *Cuadernos del CES*: No. 3: setiembre 2008. En: <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos3/art15.pdf>

tro alrededor y que todos los días nos golpean.

Volviendo la mirada a aquel Día de la Salud Mental, el 10 de octubre de 2002, en el Hospital Policial, en el año de la mayor crisis, el momento más álgido en sus efectos, para tratar sobre la salud en general y de la salud mental en particular de los médicos y de los trabajadores de la salud. En aquel momento había elaborado una presentación, trayendo a la sociedad lo que era el síndrome de *burnout* (síndrome de quemado por el trabajo, o de desgaste profesional, como lo llaman los españoles), que era algo desconocido entre nosotros, o del cual recién se comenzaba a hablar fuera de círculos más expertos. Y veníamos de trabajar durante muchos años en recolectar una base de datos, que en este momento es la más importante con la que cuenta el país en relación con los médicos, a partir de la cual extraíamos datos interesantes.

Se trataba del Padrón Médico Nacional, un registro que inició el Sindicato Médico del Uruguay en 1974 y que se mantiene con leves modificaciones hasta el presente, inspirándonos para su creación en las realizaciones de la American Medical Association (la Asociación Médica de los Estados Unidos de América), que es la mayor en su género del mundo, con unos 650.000 miembros. Con las diferencias de tamaño, de potencialidad y de escala económica, hemos tratado de adaptar ese modelo para hacer un seguimiento que fuera más allá de los datos patronímicos o de ubicación, nombre, dirección y teléfono del médico, para saber determinados caracteres que nos permitieran, a partir de esa base de datos, alcanzar algunos elementos como la fecha de fallecimiento, la profesión y especialidad, sexo, edad, lugar de residencia y tantas otras cosas.



Detengámonos por un instante en esta imagen, que para mí tiene personalmente mucha fuerza simbólica y que es la tercera invocación que quería hacer en esta ocasión. Este triángulo equilátero es una representación de las interrelaciones de la salud y los demás componentes del nivel de vida. La imagen fue introducida en el mundo de la salud por un gran director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un médico salubrista chileno, el Dr. Abraham Horwitz, en el año 1964, coincidiendo con el año que comencé a trabajar para el SMU. Entonces este esquema se puso de moda por aquellos años por su fuer-

za expresiva, porque transmitía más que cien páginas: lo tomaron en sus presentaciones de la época la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva, con las Dras. Obdulia Ébole y Gloria Ruocco, y también durante muchos años los directores del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, los Dres. Hugo Villar, Aron Nowinski y Julio C. Ripa. El *leit motiv* era “Salud no es sólo Medicina”, con lo cual ponía el acento en una confusión semántica que es muy habitual en las presentaciones corrientes, sobre todo las que hacemos los médicos, y también los comunicadores sociales, que nos lleva a superponer o confundir

un concepto mucho más vasto con uno más estrecho, pero que está subsumido en el primero. Parecería que nos olvidamos con la mayor displicencia de este pequeño detalle. Para que haya efectivamente salud tienen que darse al menos una serie de confluencias, que desde 1946 integran el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”], y que está tan difundida. No es sólo la salud mensurable en el individuo, o sea si está enfermo o sano, tiene la presión arterial normal o alterada. O sea que hay una serie de condicionantes que son los llamados “componentes del nivel de vida”, que determinan que exista o no el estado de salud. Porque para alcanzar ese estado de equilibrio deben conjugarse desde las libertades, la seguridad social, el trabajo, la educación, la alimentación, el vestido, la recreación, la vivienda, y hasta la vestimenta. Todos los cuales son partes esenciales para la vida del ser; o sea, que ya sabemos cómo ha repercutido todo lo que es la privación de la libertad a lo largo de la historia del hombre en la determinación de la enfermedad, y también tenemos nuestra propia historia reciente como nación. Y la seguridad social, que es otro de los grandes damnificados en todo este proceso que se ha vivido, y lo que es

la población y la fuerza de trabajo, la renta per cápita, y la infraestructura del transporte y las comunicaciones. Que son el cimiento, lo que está sustentando el piso sobre el que se edifica toda esta construcción de equilibrio social que es, como resultante, la que ocupa el vértice del triángulo: la salud. Pero no creamos que vamos a tener salud, ni podemos hablar de salud, si nos faltan los demás componentes. En todo caso hablaremos de atención médica. Debe insistirse en que nuestros colegas y los comunicadores en general confunden con demasiada frecuencia que salud no es sólo medicina. Por eso, cuando ellos se refieren a cambiar el sistema de salud, hay que tomar en consideración muchas cosas, porque si no cambian los demás factores, los demás componentes, la salud de las poblaciones no va a cambiar. De modo que tener estos conceptos claros es la primera obligación nuestra.

Entre las definiciones del síndrome de *burnout*, desde el origen del término introducido por Freudenberg, en el estado de Nueva York, hace muchos años, por la década de 1970, y que lo empleaba como la fatiga y frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado efecto luego del esfuerzo, y en el fondo vamos a dejar todas las demás definiciones que vinieron después y que aquí ya fueron citadas.

Teníamos en el año 2002, por primera vez, el registro de la morbilidad de los médicos, de un colectivo médico que no era poco importante, porque eran casi 4.000 médicos, todos de Montevideo, que trabajan en el sector privado de la actividad, en el sector mutual, que era la Caja de Auxilio y Seguro Médico (CASEMED), que quién sabe qué destino lleva si se aplica la reforma que elimina estas estructuras que, si bien fragmentarias, permiten conocer hondamente el comportamiento y la problemática de un grupo humano cuando se quieren hacer cosas a favor de él. Razón de más para defenderla. Entonces, este colectivo de CASEMED comenzó a funcionar el 1º de enero de 2000, cuando lo habilitó en su actividad un Decreto del Poder Ejecutivo, y era un sustitutivo de DISSE, una “Caja de Auxilio”, que en sus inicios tenía 3.400 afiliados, de los cuales 533 estuvieron enfermos el primer año, y que en el 2001 ya se venía perfilando la crisis económica y social que afectó tanto a nuestro país y a otros de la región. En realidad la crisis no comenzó en el 2002, sino que lo hizo en 1999 con la devaluación brasileña y para los médicos también empezó por allí, porque inició un período de cierre o quiebra de instituciones empleadoras de médicos, que en poco tiempo fueron una sucesión. Y de estas instituciones comenzaron a crecer el número

de médicos certificados por enfermedad, desde el año 2000, y para el año 2002, aunque era todavía parcial porque la información estaba cerrada al 30 de setiembre, y no el año calendario completo, se perfilaba que iba a ser un año de mayor patología y mayor certificación, aunque faltara un trimestre por transcurrir y había alcanzado casi el nivel del año anterior en un tiempo menor, registrando ya a esa fecha 616 certificaciones. Observando sólo la certificación de médicos por enfermedad, y también la distribución por distintas causas de enfermedad, podía apreciarse la incidencia que dentro del total tenían los trastornos mentales en los años sucesivos, aunque no es demasiado el número de personas, pero vamos a ver que sí es importante en el número de días de incapacidad que genera esa patología, días de trabajo perdidos y subsidios entregados.

Para el año 2002 la enfermedad mental era la tercera causa, en el año 2001 fue la primera en el número de días, y hasta el 30 de setiembre del 2002 tenía también la tercera posición. Podía apreciarse que el número de pacientes médicos con trastornos mentales era significativo en cuanto al volumen de días de trabajo perdidos. Pero si se fijaba la atención en la cantidad total de días perdidos, es la cuarta causa en el período de 5 años, considerando ahora hasta los datos del 2005, otra vez hasta el 30

de setiembre, porque el año está sin cerrarse a esa fecha, y lo que son días de incapacidad y trabajo perdidos de médicos de Montevideo, que son de las distintas instituciones que comprende CASEMED, donde están representados el CASMU, el Círculo Católico de Obreros de Montevideo, el Hospital Evangélico, las Emergencias, etc.

Ahora en el nuevo escenario, o sea, a partir del 28 de julio de 2005, fuimos a integrar por voluntad de los colegas el Directorio de la CJPPU, y pude conocer allí un panorama nuevo y más rico. El primer gesto fue saludar a los colegas que estaban haciendo la tarea médica en la CJPPU que dirige su servicio. Y cuando entré a pedir las estadísticas, para mi sorpresa encontré que los colegas habían hecho espontáneamente por su visión, con su sacrificio, por su vocación de servicio, un registro que me dejó sorprendido, por lo que estaba expresando y también porque ponía de manifiesto la inquietud de los colegas, que manifestaban su queja de que se le daba poca importancia a este tema a nivel institucional. La CJPPU no sabía ni comunicaba qué padecen los profesionales y cómo adoptar medidas preventivas, si es ello posible. Nos decían los colegas que nunca les dieron recursos para hacer el seguimiento, y en realidad ese estudio lo pudieron hacer hasta el año 2003, porque el 2004 les corta-

ron el apoyo y ahora no tenían nada y la informática andaba por allá arriba, pero para fines administrativos, y como es normal para la generalidad de los organismos, con muy raras excepciones, o más bien con individualidades que se destacan por querer hacer cosas, a pesar de la escasa visión de quienes los dirigen. Entonces, aunque era un estudio modesto, para las características del medio, porque lo hicieron solitos dos médicos que no tienen formación ni en epidemiología, ni en estadística, ni en métodos cuantitativos, pusieron negro sobre blanco y dieron, en una gráfica muy elocuente, una sucesión de gráficos y tablas que ya fueron mostradas en un artículo publicado anteriormente en estos **Cuadernos del C.E.S.**, ya citados.

Se puede apreciar allí claramente que las profesiones relacionadas con la salud: enfermería, médicos, parteras, odontólogos y veterinarios, se jubilan por incapacidad en un porcentaje mayor que cualquiera de las otras profesiones, siempre comparándolo con el porcentaje de afiliados del colectivo en actividad correspondiente. Y esto se producía también con los ingenieros agrimensores. En el resto de las profesiones se observa que el porcentaje de jubilaciones por razones de enfermedad era menor a la distribución normal. Y seguidamente decían la distribución de prevalencia por patología, que básicamente eran

dos categorías de datos: los que generaban subsidios por incapacidad temporal con sus patologías y profesiones, y los que generaban jubilación por razones de salud, con sus patologías y profesiones.

Para organizar en forma correcta la información que surge de estas estadísticas, me decían los colegas, sería necesario ver en detalle cada una de estas patologías y valorar si se relacionan en forma directa con el ejercicio profesional, o simplemente tienen una distribución aleatoria. Pero de aleatorio no parecía tener nada. Había una suma de elementos que, desde luego, viéndolos aisladamente y desde el ángulo del agujerito de la cerradura, del escotoma, de la CJPPU, no se puede apreciar cómo está ese panorama, porque está mucho más enriquecido por una mirada distinta. Sin embargo, fijándonos en la distribución de frecuencias porcentuales, podemos decir que surgen algunas diferencias importantes en algunas de las profesiones. Los agrimensores, odontólogos y parteras tienen el porcentaje más elevado de jubilación por causa osteoarticular. Esto si bien puede estar condicionado por el ejercicio de sus profesiones, puede compararse perfectamente con las estadísticas del Banco de Previsión Social estudiadas por el Dr. Jorge Mautone, que es un muy buen trabajo que estuvo haciendo durante tantos años y que está poco reconocido, que abarca a

la población general y que surge que están en un porcentaje prácticamente igual o por debajo que las jubilaciones otorgadas por el desempeño de su tarea en el año 2002, por dicho instituto de seguridad social para los trabajadores profesionales o no profesionales del área de la salud.

O sea que tenemos una coincidencia plena, en el ámbito profesional de la CJPPU, con lo que ocurre en la población más grande del BPS, lo cual no es cuestión menor.

Los profesionales cuya primera causa de incapacidad es la salud mental, son los abogados, contadores, enfermeras, médicos, siendo sus porcentajes mayores que los de la población general, según el ya mencionado informe del BPS y luego dice, para terminar este análisis, que la patología tumoral predomina en arquitectos y veterinarios, también en porcentajes mayores.

En primer lugar vemos el caso de las enfermeras, el 30,77% son de causa psiquiátrica; el 15,38% gastroenterología; el 15,38% mesenquimopatía; neurología el 15,38%; osteoarticular, esto responde a un bajo número de casos; los órganos de los sentidos tienen 7,69%. Estos son para las enfermeras, que son un contingente reducido del total de las profesiones que están en la CJPPU, porque las enfermeras tienen entre 85% y 89% con declaración jurada de no ejercicio, según el año de refe-

rencia, o sea que las que están afiliadas en activo a la CJPPU y aportan, que son las que reciben subsidio o pueden jubilarse, son en realidad un porcentaje ínfimo del número total de miembros de esa profesión.

En segundo lugar veamos el caso de los médicos y apreciaremos que ganamos todos los campeonatos. En este caso los pacientes médicos que se jubilan por razones de salud mental son casi el 30%; por causa cardiovascular el 21%; por tumores el 15%, y le siguen los neurológicos que están en quinto lugar. Para los odontólogos: tienen la causa osteoarticular en primer lugar, como lo habíamos comentado; el psiquiátrico viene en quinto lugar. Lo mismo las parteras, tienen el psiquiátrico en tercer lugar.

La primera causa de jubilación por incapacidad para el total de profesionales que comprende la CJPPU, son de causa de salud mental o psiquiátrica y dentro de esto, según me expresan los colegas, el 90% o más es por depresión, que es la gran epidemia de la época. Los cuadros osteoarticulares, reumatismo, traumatismos, serían la segunda; los tumores la tercera; cardiovascular la cuarta; neurológica la quinta y órganos de los sentidos la sexta causa. Veán ustedes que si le agregamos a lo psiquiátrico, a lo neurológico y a los órganos de los sentidos todos juntos, para los médicos, tienen una expresividad altísima.

La patología psiquiátrica o afecciones de la salud mental, comparando también con otras profesiones, los médicos del total de la patología psiquiátrica, también se llevan la mayor parte de la torta. Seguidos de cerca por los abogados, como no puede ser de otra manera, porque hay algo que altera y por eso tenemos tantos conflictos; los contadores también.

Pero son los tres contingentes profesionales más importantes dentro del número de afiliados. No están los escribanos, que no sabemos qué grado de salud mental presentan porque tienen una caja aparte, la Caja Notarial, y no los comprendemos en este estudio de la CJPPU.

Ahora vamos a ver los subsidios por incapacidad (antes vimos las jubilaciones por enfermedad), mientras que los subsidios son por incapacidades temporales. Los médicos somos el 26% del total de los afiliados a la CJPPU, o éramos en ese momento, porque esto toma desde el año 1996 al año 2003. En ese tiempo los médicos éramos un cuarto de los afiliados totales de la CJPPU, sin embargo teníamos el 43,7% de los subsidios por incapacidad. O sea, los médicos enferman con mucha mayor frecuencia que el resto de los profesionales, casi el doble de lo que son en el total.

Por patologías tumorales malignas, los médicos otra vez campeones, con 45,93% de la patología tumoral total de los profesionales, totalmen-

te desproporcionados con la porción que tienen de afiliados. La patología cardiovascular, lo mismo; la patología psiquiátrica, en todo somos campeones, absolutamente. Patología gastroenterológica, accidentes (los médicos son principalmente choferes, y después de los taxistas, o antes, son los que hacen más kilometraje, rompen más autos y chocan con mayor frecuencia). Y constituyen además el colectivo más importante que tiene el Banco de Seguros Estado.

La patología génito-mamaria es impresionante. Los subsidios por patología endocrinológica, de lo cual la causa principal es la diabetes y sus descompensaciones, y también las afecciones de la glándula tiroideas, o sea muy vinculado con el estrés, las descompensaciones tiroideas de los colegas siguen la norma general de todos los contingentes de trabajo que están en torno a la salud. Muy afectados por el estrés laboral y por el síndrome de *burnout*.

Cuando abordamos el estudio de la mortalidad de los médicos, nos llevamos una sorpresa bastante fea y vean si no tendríamos que recordar más frecuentemente al Dr. José Ingenieros, cuando escribió acerca de *El hombre mediocre*. Cuántos mediocres han dispuesto cosas increíbles en el país a lo largo de las décadas, y no hay garantía de que esto vaya a cesar. Veán lo que nos ocurrió: reunimos los médicos fallecidos durante 30 años,

que no es poca cosa; los clasificamos por edad, por especialidad, por sexo, por distribución geográfica, y cuando fuimos a buscar los certificados de defunción, esto es lo más fuerte que nos sucedió y nos retrasó una enormidad todo el trabajo siguiente, los certificados de defunción anteriores al año 1997 habían sido destruidos por un Decreto del Poder Ejecutivo. Todo hecho en legal forma, que habilita también a destruir todas las historias clínicas.

Solamente de ese enorme conjunto de 30 años de mortalidad de médicos, donde habría para extraer conclusiones que se podían presumir muy importantes, de las que extrajimos en la primera parte de la investigación, donde se deducía que los médicos se morían antes que la población general: los varones fallecían un 25% por debajo de la expectativa de vida al nacer, del género masculino de la población uruguaya del 2002/2003, y las de género femenino morían un 50% por debajo de la expectativa de vida al nacer, para la población general. Y esto nos tenía que llamar poderosamente la atención, porque además no era homogéneo para todas las especialidades. O sea que cuando abrimos la gama de especialidades, había unos que morían más que otros. Esto no es una cosa que sea un mero fenómeno local. Cuando fuimos a ver la literatura mundial y allí reunimos en la bibliografía más de 50 trabajos,

que nos costó años hurgar y pedir a distintas bibliotecas en todas partes del mundo, por fax, cuando no había correo electrónico ni búsquedas automáticas como en la época actual mediante Internet. Encontramos hechos curiosos. En muchos lugares del mundo los médicos también fallecen como lo hacen los médicos uruguayos, con diferencia de matices, pero tienen algunas causas realmente importantes.

Asimismo, encontramos que hay una pérdida de calidad, y esto no lo expresamos en el trabajo final, porque hay una pérdida de calidad de los certificados de defunción. Esto es una cosa dantesca, porque en mi opinión, estas personas, que tuve que ver uno por uno sus certificados de defunción, no son números, son personas que fueron conocidos míos, con quienes trabajé, que colaboraron en diversas tareas, muchos de ellos, y que de pronto encuentre que en un certificado de defunción se ponga “muerto en la playa”, cuando esa persona se suicidó (entró en pleno invierno a la playa del Buceo y comenzó a caminar hacia dentro), es modificar, por no decir negar o falsear una situación, y darnos una visión distorsionada de ese caso y de otros casos. Ese caso era un psiquiatra conocido. Y esto lo digo con todas las letras, porque para mi modo de ver hay personas, profesionales, que niegan reconocer lo que es un suicidio y no ponen autoelimi-

nación en el certificado, aunque sea en un reconocimiento forense. Pero estas barbaridades suceden porque son producto de algo, o sea quien así procede salió de la Facultad de Medicina de Montevideo y esto es una cierta forma de “control de calidad”: primero si se tienen certificados de defunción, y después cómo se completan, qué grado de confianza merecen. Y nos cuestiona ciertos diagnósticos que después inciden en las estadísticas. Cuando encontramos con harta frecuencia que los pacientes tienen certificado de defunción con causa de muerte “paro cardio respiratorio” ¿de qué estamos hablando? De eso mueren finalmente todos los mortales, pero la causa de la muerte no está bien definida. Esas cosas hay que tenerlas en consideración y eliminar a los mediocres. Como decía Henry Fayol, un ingeniero francés a fines del siglo XIX, padre de los modernos estudios de administración, que cuando en 1890 escribió un Tratado de Administración General, identificó, entre los principios generales de la Administración, eliminar a los incapaces, y eso es una cosa que si no se hace en algún sitio, es fatal, porque los incapaces actuando, es posible que con el correr de los años puedan seguir actuando, produciendo mayores daños en la disciplina que sea, ya en una mina de carbón o en la profesión médica, o la que fuere.

Desde luego, tenemos en un platillo de la balanza por un lado el vil metal, y por otro el interés auténtico de la profesión, y según cuál sea el platillo que más se incline es lo que vamos a hacer: si en este momento el que pesa más es el del metal, entonces el otro seguirá yendo hacia arriba, llevándose más gente.

Nuevas encuestas refuerzan datos

Mencioné antes la Encuesta Médica Nacional realizada en 2004 en ocasión de la 8ª Convención Médica Nacional. Entonces, se estudió la influencia de ciertos aspectos del trabajo sobre la vida cotidiana, el grado de acuerdo con diferentes afirmaciones sobre la influencia de su trabajo en su vida psicofísica, el número de horas de trabajo que interfiere con su vida fuera del trabajo, se preguntaba y había varias opciones: muy de acuerdo, de acuerdo, que eran la mayoría, y había gente ni de acuerdo ni en desacuerdo o muy en desacuerdo: “Me quedo preocupado con los problemas del trabajo”: también la mayoría estaba claramente de acuerdo con ello, muy de acuerdo o de acuerdo. “Problemas laborales me ponen irritable con las personas”: esto no era tanto. “Al terminar el día de trabajo estoy tan agotado que no logro disfrutar de otras actividades”: aunque sea bajo, está sumando el 23%, no es menor.

En un entorno que parecería afectar más el hogar que el propio desempeño profesional, grado de acuerdo con diferentes afirmaciones sobre la influencia de su trabajo en su vida cotidiana. “En el trabajo a menudo estoy preocupado por problemas”: a esto le dieron poca importancia. “Los problemas familiares interfieren con mi rendimiento en el trabajo”: tampoco están en amplio desacuerdo. “Los problemas que tengo fuera del trabajo me ponen tenso”: tampoco parece que les preocupara mucho. Se identifican situaciones en las que el trabajo es fuente de tensión o frustración; frecuencia con la que experimentan diferentes sensaciones en el trabajo: “Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades”: la mayor parte no lo experimentó nunca, es la barra roja. Y a medida que bajamos en la encuesta, vemos que para las otras preguntas encontramos mayores porcentajes de acuerdo, que son siempre marginales, son de bajo coeficiente. “Me siento frustrado con mi trabajo; siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa; cuando me levanto y me enfrento a otra jornada me siento fatigado”, esto ya viene siendo un poquito más pesado; y “Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa”, esto realmente ya se está poniendo un poquito feo. “Algunas veces al mes o algunas veces a la semana, o todos los días”, pero ven que ya la

cosa, cuando le preguntan eso, es diferente. Incluyendo algunos indicadores que muestran cierta decepción. “Frecuencia con la que experimenta diferentes sensaciones en el trabajo; siento que mi trabajo me está desgastando”: acá la cosa cambia: la mitad dice que nunca y otros algunas veces al año. “Me siento presionado

por mi entorno laboral”: acá cambia la orientación. “Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo”: como ven, viene creciendo para abajo. “Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo”: también aumenta. “Cuando termino mi jornada me siento agotado”: y ahí la cosa se desborda.



Entonces el tema es como el iceberg: hay un octavo que vemos y siete octavos que no vemos, que están debajo de la superficie y debería ser responsabilidad nuestra que esto no sucediera.

Ya desde el año 2000, el número del *British Medical Journal* del 18 de marzo de 2000, estaba por entero dedicado al error en medicina. Un factor que está indisolublemente ligado al estado en que se encuentra el profesional, a la alternancia del trabajo y el reposo; a las horas de guardias corridas, etc. El título de tapa de este ejemplar era “Reduciendo el error, aumentando la seguridad”.



Y una de las cosas que se identifican más con la ocurrencia de *errores*

en medicina, que no son propios del médico, o sea, no es error médico, es error en medicina o error en la salud, en el trabajo, porque hay hechos que son determinados por médicos, pero hay otros que lo son por enfermeras, o limpiadoras, o por auxiliares de servicio, por un camillero o un chofer.

Y eso tiene que ver con *la organización del trabajo*: jornada laboral, con el multiempleo, con las condiciones agotadoras en las que realizan su delicada tarea, que en parte lo manifiestan cuando se les realiza una encuesta, pero sólo en parte. Tenemos que ver un poquito más que hay detrás de eso. No recogen residuos. Atienden a personas, a menudo en trances psicofísicos graves.

¿Y qué es lo que pasa cuando sucede un accidente de aviación? Está allí la búsqueda de la caja negra y todo lo que implica. Pero si se observa en esta imagen, es una foto aérea a baja altura de lo que fue un siniestro de aviación de un jet ejecutivo, porque ven que es un avión chico, y hay un conjunto de personas con cascos amarillos que están recogiendo fragmentos y buscando qué es lo que sucedió para determinar por qué ese avión tuvo ese siniestro. Antes los aviones venían con una cabina muy pobre, con los mandos muy confusos, y fue necesario ir a un rediseño de todo. Como se rediseñaron los automóviles a propósito de los estudios epidemiológicos hechos en Europa y Estados Unidos, hace más de

40 años, que llevaron a conocer cuáles eran las causas de muerte de la gente en los accidentes. Entonces así se comenzaron a utilizar los cinturones de seguridad, los tableros flexibles, el volante flexible, etc., y evitar que murieran como moscas los accidentados por aplastamiento de tórax o despedidos a través de los parabrisas, lo que ocurría antes con mucha frecuencia.

Tendríamos que examinar esto cada vez en ámbitos más numerosos, con mayor discusión, con mayor profundidad, con más conocimiento, con mayor estudio y haciendo uso de todas las herramientas que tenemos en los distintos colectivos. Hay mucha energía, mucha fuerza, muchas ganas de trabajar y mucha necesidad de que trabajemos, porque si no lo hacemos, esto no lo vamos a cambiar. Y tenemos que hacer difusión y discusión y hacer conciencia. Lo peor de todo es resignarse a creer que no hay nada que hacer, que el problema es fatal y no tiene solución. Si se da la espalda a los problemas, casi siempre lo que ocurre es que estos sólo pueden incidir por la espalda sobre uno, o sea, nos van a tomar a traición.

Estrategias de prevención hay muchas, y no las vamos a abordar acá.

En el año 2002, esta era la conclusión. No hemos cambiado mucho en esto. Más bien estamos un poquito peor.

Pero parece que ha llegado la hora de pasar de los diagnósticos a los tratamientos. Busquemos nuestra pro-

pia *caja negra*. No sigamos contando muertos, ni analizando estadísticas de morbilidad; no sigamos buscando hasta el hartazgo nuevas muestras de qué sucede con tal o cual grupo de nuestros colegas. El *burnout* o Síndrome del Desgaste Profesional está deteriorando la salud de nuestros colegas, acortando sus vidas y malogrando la calidad de sus servicios. Tenemos que ir por las soluciones. Que están en el cambio del régimen de trabajo, en el cambio del contrato social de los médicos con las instituciones. Eso es para nosotros, para nuestras vidas, el centro y la madre de todas las batallas. No se trata sólo de debatir porcentajes de aumento de salarios. Se trata de cambiar de raíz los viejos modelos de relacionamiento de los médicos con las instituciones y la sociedad. La sociedad ha cambiado; pero nosotros, no. Para no continuar deteriorando nuestra imagen ante la sociedad, nuestra propia imagen de nosotros mismos. Y cambiando el modelo de trabajo, que debe ser la parte sustancial de nuestro aporte para el cambio del sistema de salud. No le demos más vueltas. No perdamos más el tiempo. Como dijo José Ortega y Gasset, en 1939: “*¡Argentinos, a las cosas!*”.

***Médico y escritor. Miembro del CES**