

# **Relación Clínica En La Época Del Agotamiento Profesional**

Autora: Ángela María Rojas Zapata

Universidad El Bosque  
Especialización en Bioética  
Pasto, Colombia

# **Relación Clínica En La Época Del Agotamiento Profesional**

Ensayo

Autora: Ángela María Rojas Zapata

Tutores: Dr. Boris Julián Pinto Bustamante

Dr. Fabio Urbano Bucheli

Universidad El Bosque

Especialización en Bioética

Pasto, Colombia

## **Resumen**

El agotamiento profesional es un fenómeno frecuente en medicina, caracterizado por fatiga en el trabajo, despersonalización y baja realización personal que afecta la relación clínica. El objetivo de este ensayo es entender como los cambios en la relación médico-paciente de los últimos años se relacionan con la presencia de agotamiento profesional y cómo éste altera la relación clínica. Se evidencian tres factores relevantes como son la profesión médica entendida como la excelencia, en la cual se procura la beneficencia, el sistema sanitario como tercer agente que puede actuar como regulador de la práctica médica y la autonomía del paciente para la libre elección de las opciones terapéuticas. Se considera que es posible mantener los ideales de la excelencia a través de la beneficencia, iniciando por una información veraz que permita la toma de decisiones compartida, teniendo en cuenta el conocimiento técnico del médico y los deseos y creencias del paciente con miras a una relación clínica satisfactoria que pueda llevar a una disminución del agotamiento profesional.

**Palabras clave:** agotamiento profesional, relación clínica, relación médico-paciente

## RELACIÓN CLÍNICA EN LA ÉPOCA DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL

*“La práctica de la medicina es un arte, no un oficio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que tu corazón se ejercitará por igual con tu cabeza” William Osler*

### Introducción

Clásicamente la relación clínica ha sido manejada a través del paternalismo médico, considerando que el buen médico es aquel que se comporta como un padre, dando lo mejor para su hijo sin tener en cuenta lo que el hijo desea. Esta visión de atención sanitaria considera todo para el paciente, pero sin el paciente. Gracia (1998a) manifiesta en su texto que la relación clínica se ha establecido inicialmente como médico-enfermo, en esta se infantiliza al enfermo, se considera que su situación de enfermedad lo ha llevado a una pérdida de la capacidad de tomar decisiones adecuadas, por tanto, la decisión clínica está a cargo del médico y el enfermo bueno es aquel que sigue las recomendaciones médicas sin cuestionamientos.

La relación clínica después se definió como médico-paciente y ahora médico-usuario. El paciente por su parte es aquel que busca seguimiento médico no necesariamente por estar enfermo, sino que su objetivo es mantenerse saludable, en caso de no presentar enfermedad podrían ser considerados usuarios.

El cambio de la relación clínica se suscita con la aparición de la autonomía del individuo en la toma de las decisiones clínicas. En esta relación la balanza del poder cambia del médico al paciente. La versión extrema de esta postura también es perjudicial para la relación clínica, en ésta el médico es reducido a un sirviente o vendedor el cual debe seguir las indicaciones del paciente sin buscar influir en la toma de decisiones. En esta visión de la

relación clínica se tienen en cuenta dos agentes, el médico y el usuario, pero ahora esta relación se encuentra sumergida dentro de los sistemas de seguridad social, los cuales pueden ejercer presión para influir en la toma de decisiones (Gracia, 1998a).

A través del tiempo se ha visto un cambio en la visión que el profesional sanitario tiene de sí mismo, apareciendo el fenómeno denominado agotamiento profesional o burnout, el cual tiene una prevalencia del 40 – 55% en los especialistas médicos, se caracteriza por fatiga en el trabajo, despersonalización y baja realización personal (Bearman, 2019). La fatiga se define como el estrés físico y mental que consume las reservas emocionales de los individuos, la despersonalización se describe como sentimientos de cinismo, desapego de los demás y falta de empatía, y la disminución del sentido de realización personal representa una autoevaluación distorsionada que lleva a los profesionales a sentirse incompetentes e incluso cuestionar su elección de carrera. Esto ha llevado a una pérdida de los ideales clásicos de los profesionales sanitarios, los cuales se han determinado como un ejercicio a través de la “excelencia profesional”, lo cual consiste en ir más allá de la no-maleficencia, es decir procurar la beneficencia.

El agotamiento profesional repercute negativamente en la relación clínica debido a que disminuye la satisfacción del paciente con el cuidado brindado por el sanitario, malas actitudes hacia el usuario, pobre comunicación con el paciente y aumento de los errores médicos (Grow, 2019).

Después de conversar con varios colegas sobre lo que consideran causa el agotamiento en el ejercicio de su profesión, encontré los siguientes argumentos que se repetían en varias opiniones según la experiencia de cada uno:

- Menosprecio del personal administrativo hacia los médicos, quienes establecen reglas sin tener en cuenta al personal asistencial, percepción de esclavitud en el ámbito laboral.

- La remuneración no es reflejo de la cantidad de tiempo que se trabaja.

- Muchos especialistas gozan de prestigio que no se correlaciona con su actuar profesional.

- El sistema de salud está diseñado para atender clientes y no pacientes.

Se deben cumplir con directrices que rigen la atención como los tiempos limitados de consulta, el paciente lo siente y nosotros los médicos también. Los trámites administrativos de las órdenes de estudios o manejos solicitados se dilatan por parte de sus aseguradores, no se logra una adecuada relación médico-paciente.

- Los pacientes han perdido la confianza en el personal de salud, y vemos que cada vez va en aumento, éstos llegan predispuestos, demandantes y no permiten un adecuado abordaje.

- La gente ha olvidado la importancia del autocuidado y ahora delegan toda la responsabilidad al médico y a los medicamentos que se prescriben como si fueran milagrosos y olvidan que la mayoría de veces es un proceso.

El objetivo de este ensayo es entender como los cambios en la relación clínica que se han presentado en los últimos años se relacionan con la presencia de agotamiento profesional y cómo éste altera la relación clínica; y buscar soluciones al agotamiento profesional con el fin de lograr un buen vínculo médico paciente.

La relación clínica es aquella que surge entre un profesional sanitario y un individuo que busca atención para mantener su salud. Inicialmente ésta se desarrolla desde un enfoque

paternalista, el médico ejerce un rol activo, autoritario y el paciente es pasivo y sumiso. Se consideraba al enfermo un incompetente moral, incapaz de tomar decisiones. De ahí que el sanitario era el responsable de escoger la mejor opción para el usuario, aun en contra de la voluntad de éste, considerando un ejercicio profesional a través del deber de beneficencia (gracia ética y vida 2).

Posteriormente, la autonomía definida como la capacidad de autogobierno y autodeterminación, comienza a cambiar la balanza en las decisiones clínicas, aquí el individuo tiene el poder de deliberar sobre las opciones posibles y escoger libremente entre ellas sin presión de otros. El ejercicio y respeto de ésta se establece como el principio de autonomía.

Los conflictos entre la autonomía del paciente y el deber de beneficencia del médico generan frustración personal y perplejidad moral en el sanitario. Tradicionalmente, los médicos son devotos al cuidado y bienestar del enfermo, y cuando no pueden llevar a cabo sus deberes según sus principios se genera inconformidad en la práctica clínica (Vaughn, 2016).

### **Autonomismo**

La relación clínica desde la perspectiva extrema de la autonomía considera la toma de decisiones según los valores del individuo sin restricciones por los valores de otros que no sufren las consecuencias de la decisión. Mencioné previamente que en este escenario se reduce al profesional a un papel servil, pero el principio de la autonomía no ha sido entendido como la autorización del usuario a elegir en un rango irrestricto de alternativas. Existen varias limitaciones en el ejercicio de la autonomía: no puede demandarse tratamiento por asuntos no médicos, no se puede exigir tratamientos fútiles y no se puede solicitar manejos que vayan contra los fines de la medicina o estén fuera de su alcance (Vaughn, 2016). La solicitud demandante de los pacientes muchas veces omite lo anterior, los avances tecnocientíficos han

llevado a considerar que no es necesario el autocuidado, cuando este tiene respaldo en prevención y manejo de gran cantidad de patologías. La percepción de vulneración de la autonomía profesional desde las instituciones hasta las que se presentan en el consultorio ha llevado a manifestación del agotamiento profesional.

### **Profesión médica**

Considerando los puntos anteriores mencionados por los colegas médicos como desencadenantes del agotamiento profesional, es importante mencionar de dónde viene el concepto que se tiene de profesión, la palabra tiene su origen etimológico de profesar o confesar, que se puede entender al hablar de los sacerdotes que consagran su vida a la fe y lo confiesan, de acuerdo a esto un profesional es una persona consagrada a un menester y es públicamente reconocido como tal. La medicina adquirió este carácter porque se ponía a Dios como testigo del ejercicio profesional y no a la supervisión de las leyes (Gracia, 1998b). Esto llevó a que se desarrollara un sentido de responsabilidad profesional más religioso que jurídico, estableciendo el compromiso con la profesión a través de un juramento de consagración. La visión del médico como agente de trascendencia social y humana llevó a una situación social de privilegio (Gracia, 1998c).

Los cambios en la relación clínica han hecho que el profesional no se perciba como tal y se sienta bajo coacción de pacientes e instituciones que limitan su práctica, ya no puede ser benéfico desde el paternalismo y esto puede generar sensación de pérdida de los ideales de la profesión. Considero que la gran mayoría de los profesionales sanitarios decidieron escoger ese camino de vida considerando ayudar a otros, tal vez inspirados por sus propios ideales del bien. En el cambio de paradigma de la relación médico-paciente, la visión de bien no puede ser indiferente al agente receptor de éste, lo que puede haber generado incomodidad en los



profesionales durante su ejercicio y esta incomodidad puede ser uno de los factores asociados al agotamiento profesional, pues ya su palabra no es absoluta y es candidata a cuestionamientos, ¿cómo ser benéfico si la visión del médico no es la misma que la del usuario? La falta de entendimiento de las necesidades del otro puede llevar a una sensación de fatiga en los médicos al sentir que no cumplen con el deber al que se comprometieron al inicio de sus carreras.

Uno de los aspectos expuestos por colegas como generador de agotamiento profesional es la presencia de un prestigio profesional que no se correlaciona con su actuar. Como mencioné previamente el médico al ser un agente de trascendencia social y humana, se le exige más allá de la moral común, se espera de él la excelencia, cuando esto no se aprecia entre colegas disminuye la percepción de cumplimiento de la vocación y de la entrega jurada al inicio del ejercicio.

### **Sistema de salud**

La necesidad de un sistema de salud a nivel mundial surge ante las necesidades de satisfacer los derechos humanos y seguridad social de la población yendo más allá de los principios de beneficencia y justicia, teniendo un enfoque económico, ético y político (Gracia,1998c). Hablando del sistema de salud en Colombia este se constituye como el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), que indica una afiliación obligatoria a través de Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas quienes reciben las cotizaciones y que a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) ofrecen el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Adicionalmente existe un régimen privado exclusivo para aquellos con capacidad de pago buscando mejores coberturas o tiempos de atención (Guerrero, 2011).

Al ejercer dentro de este sistema, la relación clínica ya no solo involucra al médico y al usuario sino también al propio sistema que regula y hasta limita la práctica profesional. Se encuentran dos amplios escenarios, uno en el que las instituciones regulan la atención que puede brindarse, limitando el número de estudios o manejos que se pueden indicar con la consigna del ahorro, la costo-efectividad mal empleada, vista como médicos que generan más o menos costo y no en relación al beneficio del usuario; el otro escenario es el del consumo y la facturación, en el cual los estudios no están directamente relacionados con la clínica del paciente sino con la sostenibilidad financiera, el rendimiento y la productividad de la institución (Ardila, 2019). Cualquiera de estos dos escenarios ha llevado a una sensación de pérdida de la autonomía médica, genera agotamiento profesional e interfiere en la relación clínica. El modelo de salud actual introduce el empleo flexible desmontando los derechos laborales y logros sindicales. Adicionalmente prolifera el multiempleo con el objetivo de compensar el deterioro laboral (Ardila, 2019).

Como vemos, nuestro sistema de salud está sumergido en el mercado, con el objetivo de brindar atención a aquellos que tienen capacidad de pago (Gracia, 1998a). Este ambiente mercantilista atenta contra los principios que se consideran mínimos de la bioética, no-maleficencia y justicia, pues se contempla la salud como un bien que puede comprarse y no un derecho al que se pueda acceder, la medicina se promociona como siempre exitosa, pero no se muestra todos los procesos burocráticos que están detrás del escenario y las limitaciones de los servicios, esto genera desconfianza en los usuarios pues consideran que lo que no se hace o se niega es para ahorrar dinero (Manzini, 2008). Sumada a la necesidad económica, el creciente conocimiento médico llevó a la creación de especialidades médicas, creando la obligación de que un solo usuario acuda a varios profesionales para abordar su estado de

salud. Entendemos que la relación clínica se fragmenta, y un individuo se ve enfrentado ante varios expertos que prescriben e indican manejos para su salud sin una visión de un todo. Gracia (1998a) menciona que ante este tipo de relación clínica se va perdiendo el valor de la confidencialidad y el secreto. Estimo que esta falta de valores genera desconfianza en los usuarios que acuden al médico, pues la intimidad de los usuarios se vulnera a diario, se ha trivializado el respeto a la privacidad de las personas y profesionales, en los pasillos se comparte información que probablemente el paciente no desearía que se conociera. El miedo a la divulgación de temas que se prefieren mantener en la reserva lleva a que brinden información limitada que afecta el abordaje clínico (Torregrosa, 2018).

Después de exponer los aspectos anteriores comprendemos la interrelación entre el agotamiento profesional y la relación clínica. La pregunta ahora es ¿qué podemos hacer para regresar a los ideales de la profesión, la excelencia, procurar la beneficencia con el objetivo de disminuir o resolver el agotamiento profesional y lograr una atención adecuada?

Teniendo en cuenta los aspectos previamente mencionados iniciaremos hablando de la **Profesión médica**. Gracia en sus textos de ética y vida (1998a, 1998b, 1998c) habla que los médicos debemos aspirar a la virtud, vista desde la ética clásica como el *areté*, entendida como la excelencia física o técnica (buen médico) y la excelencia moral (médico bueno). Esta visión de la excelencia es anhelar a los máximos de la convivencia, es decir la beneficencia. ¿Cómo ser benéfico en la época donde el bien depende de la perspectiva individual del usuario?

Pellegrino (1993) considera que los médicos no son héroes ni santos, y no podemos esperar que resuelvan todos los problemas asociados a la práctica de la medicina contemporánea. Recomienda que como profesionales debemos responder a nuestra propia

conciencia, y que está debe mantener en construcción permanente para no olvidar que sus funciones son diferentes a la industria y el comercio. El compromiso del clínico es a brindar cuidado de la persona enferma y no solo con los requerimientos minimizados de la ley que prohíbe no hacer daño.

El primer acto benéfico que se debe emplear es el de la información (Gracia, 1998a). La falta de una entrega de información veraz acrecentó la desconfianza en el personal de salud. Los usuarios o pacientes deben conocer con claridad lo que se encuentra, lo que se busca, las opciones reales, y con esto decidir lo que considera mejor. Esta comunicación efectiva podría mejorar la sensación de satisfacción con el cuidado, la relación clínica y podría ayudar a disminuir el agotamiento profesional.

Otras estrategias que se pueden emplear son: restringir los propios intereses por el bien que requiere el usuario, rechazar los incentivos financieros que seducen a prácticas dudosas, resistir el conflicto de interés en la remisión de pacientes a ciertos laboratorios o unidades de imágenes o diálisis. Esto se espera de un médico virtuoso. La ética nos motiva a ser más críticos de lo que se hace y cuestionar sobre lo que es ser profesional (Pellegrino, 1993).

### **Relación clínica en la autonomía y beneficencia**

En la toma de decisiones en la relación clínica es necesario que se combinen los componentes técnicos y morales. El médico debe ser científicamente correcto para realizar un diagnóstico, pronóstico y escoger una terapia, y al mismo tiempo sus recomendaciones deben ser por el bien del paciente (Pellegrino, 1993). Este bien como hemos visto no es según la visión médica, sino desde la moral de paciente, su autonomía y autodeterminación. Como

profesionales debemos valorar si las recomendaciones son consistentes con la solicitud del paciente, sin olvidar la vulnerabilidad de la persona enferma ante el médico. El bien del paciente es el fin y propósito de la relación clínica. Vaugh (2016) menciona que el deber del médico es proveer cuidado técnicamente competente a un paciente completamente informado, una buena comunicación puede resolver el conflicto entre los deseos del enfermo y el juicio clínico del sanitario.

Es indispensable abandonar las viejas costumbres del paternalismo tan arraigado en el quehacer médico, dentro de la relación clínica en muchas ocasiones se emplea el privilegio terapéutico para omitir información al paciente y brindarla a familiares, generalmente producida por la incapacidad de los sanitarios de contener las emociones del paciente o la inadecuada capacidad para transmitir malas noticias (Manzini, 2008).

Para lograr una relación clínica satisfactoria que logré prevenir el agotamiento profesional es necesario una comunicación abierta con el usuario, poner a su disposición el conocimiento médico para brindar información sobre las posibilidades clínicas, con el objetivo final de una toma de decisiones compartida, teniendo en cuenta la información que el médico posee y los valores y deseos del paciente. Debemos recordar que en esta relación influye un tercer agente, el cual es el sistema de salud en el que se ejerce, los profesionales sanitarios no deben cargarse con todo el peso del acto médico, la decisión compartida equilibra las cargas y permite una mayor sensación de satisfacción del cuidado y del ejercicio profesional.

Dentro de esta relación clínica no se debe olvidar la autonomía del médico que no puede ser violada por los deseos del paciente ni del sistema en el que se ejerce. En Colombia contamos con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en la cual se protege la autonomía profesional,

el artículo 17 garantiza la autonomía de los profesionales sanitarios para toma de decisiones sobre diagnóstico y tratamiento de los pacientes a su cargo, la cual será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica. Prohíbe claramente el constreñimiento, presión o restricción del ejercicio que atente contra la autonomía (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Como hemos visto hasta ahora la presión que ejercen las institucionales que pueden llevar a la limitación del ejercicio profesional están fuera de la normativa del país, por tanto, como profesionales sanitarios debe buscarse mantener la excelencia procurando la beneficencia del paciente y el respeto de la autonomía profesional que permita una relación clínica satisfactoria.

### **Conclusiones**

El síndrome de agotamiento profesional es un fenómeno frecuente que se presenta en los profesionales sanitarios y su asociación con la relación clínica ha sido bidireccional. Una inadecuada relación clínica lleva a generar agotamiento profesional, y un profesional agotado desempeña una mala relación clínica.

Existen tres grandes aspectos que influyen en este dúo como son el sentido de la profesión entendido como la aspiración a la excelencia, propender por el bien del paciente, el sistema de salud como el tercer agente en la relación clínica que puede actuar como ente regulador de la práctica médica, en muchas ocasiones limitándola y generando inconformidad tanto en el clínico como en el usuario y finalmente la autonomía, representando el derecho de las personas a escoger las opciones terapéuticas según sus intereses y curso de vida.

La meta es continuar ejerciendo a través de la beneficencia, empezando por brindar información veraz y completa que le permita al paciente una toma de decisión autónoma, en la que se balancee el conocimiento que el médico posee y las creencias y deseos del usuario.

Al mantener los ideales de la profesión sanitaria se logra una adecuada relación clínica, y esta a su vez reafirma la entrega que el profesional tiene para el cuidado de sus pacientes. Esta relación satisfactoria puede llevar a una disminución del agotamiento profesional.

## Referencias

- Ardila, A. (2016). Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tesis doctoral. <http://bdigital.unal.edu.co/53386/1/598690.2016.pdf>
- Bearman, G., Hota, S. y Haessler, S. (2019). Physician burnout and healthcare epidemiology: Dual implications worthy of greater scrutiny. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 41 (2), 250-251. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.348>
- Gracia, D. (1998a). Bioética clínica. Bogota: El Buho.
- Gracia, D. (1998b). Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogota: El Buho.
- Gracia, D. (1998). Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: El Buho
- Guerrero R., Gallego, AI. Becerril-Montekio, V. y Vásquez J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México* 53 (2), s144-s155.  
<https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/es/>
- Grow, M., McPhillips, H. y Batra, M. (2019). Understanding physician burnout. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(11).  
<https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100656>
- Manzini, JL. (2008). Relación médico-paciente. En Tealdi, JC (Ed.). *Diccionario latinoamericano de bioética* (pp. 441-444), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Ley Estatutaria No. 1751 del 16 de febrero 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones*.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)



Pellegrino, E. y Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.

Torregrosa, R., Balaguer, P., Ballesteros, V., Bayona, MJ., Blasco, A., Fonfria, C., García, A., Hernández, S., Ibor, P., López, MD., Martínez, V., Muñoz, V., Sánchez, P., Soler, J., Tamarit, J., Varea, MT. y Vidal, E. (2018). Intimidad, confidencialidad y secreto profesional (una aproximación desde la bioética). *CM de Psicobioquímica*, 5: 1 -39.  
<http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/numero%205/01.pdf>

Vaughn, L. (2016). *Bioethics: principles, issues, and cases*. New York: Oxford University Press.