

Análisis del nivel de satisfacción profesional y de la visión de futuro de la medicina intensiva como especialidad

J. RUIZ, M.C. MARTÍN, J. MORILLAS, P. RICART, LL. BLANCH, S. ARMENGOL, E. DÍAZ Y R. JAM

Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica. Barcelona.

Fundamento. Dos objetivos fundamentan este estudio: conocer el nivel de satisfacción profesional de los médicos adscritos a los servicios de medicina intensiva y averiguar cuál es la visión de futuro de la medicina intensiva como especialidad.

Métodos. Mediante una encuesta realizada a 245 médicos intensivistas de un mismo ámbito territorial y contestada por 46, se describen y analizan las respuestas obtenidas en cuanto al nivel de satisfacción laboral, la organización del servicio de medicina intensiva, los valores de los profesionales y el posicionamiento estratégico de la especialidad. Se analizan las características consideradas más positivas y más negativas por sus profesionales.

Resultados. El análisis del nivel de satisfacción profesional es en general positivo. Mayoritariamente existe un acuerdo con el modelo actual de organización del *staff* en los servicios de medicina intensiva. Aunque la actividad asistencial es considerada prioritaria, se valora de forma positiva la docencia e investigación. El modelo actual de la medicina intensiva no parece ser el más adecuado, y la mayoría está de acuerdo en aceptar planteamientos de cambio. Las características positivas de la medicina intensiva hacen referencia al propio enfermo crítico y a su atención global y continuada; así como al *know-how* de sus profesionales. Las características negativas se relacionan principalmente con el síndrome de *burnout*.

Conclusiones. Factores internos característicos de la medicina intensiva condicionan el nivel de

satisfacción profesional, pero éste se ve influido también por factores externos. Existe un deseo de adaptar la organización de la medicina intensiva al futuro de la especialidad, pero sin perder una serie de "privilegios" inherentes a la organización clásica de atención del enfermo crítico.

PALABRAS CLAVE: *enfermo crítico, know-how, medicina intensiva, satisfacción profesional, servicio de medicina intensiva, síndrome de burnout.*

ANALYSIS OF LEVELS OF PROFESSIONAL SATISFACTION AND VIEW OF THE FUTURE OF CRITICAL CARE MEDICINE AS A SPECIALITY

Background. The aims of this study were to evaluate the level of professional satisfaction among intensivists and to determine their views on the future of critical care medicine (CCM) as a speciality.

Methods. A questionnaire was sent to 245 intensivists of whom 46 replied. The returned questionnaires were analyzed for level of professional satisfaction, the organization of CCM, professionals' values and the strategic positioning of the speciality. The characteristics considered most positive and most negative by intensivists were analyzed.

Results. Levels of professional satisfaction were generally high. Most intensivists were in agreement with the model of staff organization in intensive care units. Although patient care was considered a priority, teaching and research were also valued. The current model of CCM did not seem to be the most appropriate and most intensivists were prepared to accept possible changes. The positive characteristics of CCM referred to critically-ill patients themselves and to their overall continuous management and care as well as to the *know-how* of intensivists. Negative characteristics were related to *burnout*.

Correspondencia: Dr. Javier Ruiz.
Àngel Guimerà, 16 A. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona.
Correo electrónico: javiruiz@wanadoo.es

Manuscrito aceptado el 9-X-2001.

Conclusions. Characteristical internal factors of CCM influence levels of professional satisfaction but external factors also have an effect. There is a desire to adapt the organization of CCM to the future of the speciality without losing a series of privileges inherent to the classical organization of CCM.

KEY WORDS: *critically-ill patients, know-how, critical care medicine, professional satisfaction, intensive care service, burnout.*

INTRODUCCIÓN

En el ámbito geográfico de la Comunidad Autónoma de Cataluña (6 millones de habitantes), se ha realizado un estudio con dos objetivos. Por un lado, conocer el nivel de satisfacción profesional de los médicos adscritos a los servicios de medicina intensiva (SMI), con independencia de su posición jerárquica, grado de responsabilidad y horario. Y, por otro, averiguar cuál es la visión de futuro de la medicina intensiva (MI) como especialidad.

Aunque nos encontramos en un contexto social sanitario caracterizado tanto por la incertidumbre como por la insatisfacción general del profesional de la salud, en este estudio se pretende analizar los factores que directa y casi específicamente se relacionan con el ámbito de la MI en cuanto a la satisfacción profesional y la visión de futuro. Sin embargo, no se olvida que otros factores de índole más general también pueden desempeñar un importante papel.

MÉTODOS

En junio de 2001, con ocasión de la elaboración de un Plan Estratégico de la Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica (SOCMIC), se envió una encuesta por correo convencional a todos sus miembros para conocer la opinión sobre su nivel de satisfacción profesional y su visión de futuro sobre la MI como especialidad.

Población y muestra

La SOCMIC es una organización multidisciplinaria, que comprende a 287 miembros: médicos, médicos internos residentes (MIR) y diplomados de enfermería (DE). El número de miembros correspondientes a estas dos últimas categorías es inferior al 5%, por lo que la población estudiada se circunscribe a los médicos, que constituyen el 95% de la misma. De los 275 médicos de la SOCMIC, aproximadamente 30 están totalmente desvinculados de las actividades de la sociedad, por lo que la población objeto de estudio es de alrededor de 245 miembros; todos ellos adscritos a los 41 SMI polivalentes de Cataluña.

Los médicos se agruparon por su categoría laboral (jefes de servicio [JS], jefes clínicos [JC] y médicos adjuntos [MA]), que define un nivel de responsabilidad formal, y acorde también a su horario, tal como se expone en la figura 1. Se entiende que la categoría laboral condiciona siempre una responsabilidad, por lo que se agrupan los MA en funciones de *staff* con aquellos otros MA en funciones de médico de guardia (MG): su responsabilidad civil frente al enfermo crítico (EC) es la misma.

Por un tema de privacidad constitucional, la encuesta es totalmente anónima y se rehusa preguntar la edad de los encuestados.

Características de la encuesta

La encuesta comprendía 9 preguntas, subclasificadas en 4 grupos. Las preguntas realizadas se exponen en la tabla 1. Todas las preguntas tenían las mismas 5 alternativas de elección: TA (totalmente de acuerdo), A (de acuerdo), I (indiferente), D (en desacuerdo) y TD (en total desacuerdo).

Además de estas preguntas específicas, se solicitaba a los encuestados que describieran las tres características consideradas por ellos como "más positivas" de la MI y, también y a la inversa, las tres características "más negativas". Finalmente, se disponía de un espacio en blanco para hacer comentarios personales.

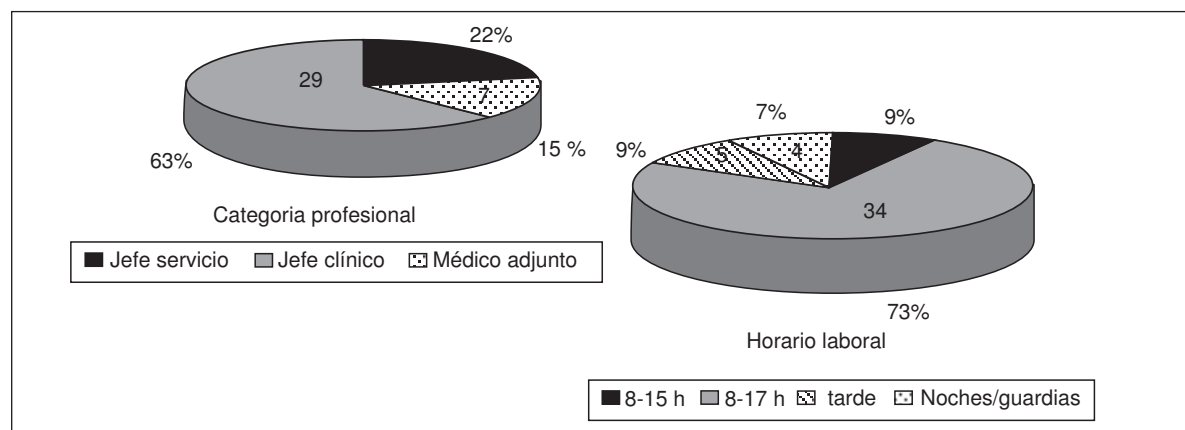


Fig. 1. Distribución por categoría profesional y horario laboral.

TABLA 1. Cuestionario

A. Preguntas relacionadas con el nivel de satisfacción profesional	
1.	El trabajo que realizo en mi SMI ¿es acorde a mi formación y a mis potencialidades?
2.	¿Participo activamente en la constitución de los valores y los principios del SMI que conforman su cultura organizacional?
B. Preguntas relacionadas con la organización del SMI	
3.	¿Considera que el funcionamiento habitual (<i>staff</i> mañanas/médico de guardia) del SMI es el ideal para garantizar la mejor atención del enfermo crítico?
C. Preguntas relacionadas con los valores de los profesionales	
4.	Me gusta formar parte de un equipo y que el resultado de mi trabajo se evalúe de acuerdo con mi contribución al equipo
5.	¿Considera que la productividad no asistencial (docencia/investigación) es importante en la actividad diaria del médico intensivista?
D. Preguntas relacionadas con el posicionamiento estratégico de la especialidad	
6.	¿Considera que la especialidad MI, tal como se desarrolla en la actualidad, será imprescindible en el futuro?
7.	¿Considera que el SMI debe hacer sinergias (potenciación mutua) con otros servicios del hospital?
8.	¿Considera que todo paciente crítico, independientemente de su ubicación, es competencia del SMI?
9.	¿Considera que existen pacientes no estrictamente "críticos" que se podrían beneficiar de la atención por un médico intensivista?

SMI: servicios de medicina intensiva; MI: medicina intensiva.

Quando se recibían las encuestas, se introducían en una base de datos (Microsoft Access) para una evaluación posterior.

Análisis estadístico

Se realiza un estudio descriptivo de los resultados de la encuesta agrupados por la responsabilidad profesional y la categoría de las preguntas.

Limitaciones del estudio

Este artículo está condicionado por tres limitaciones. Una primera limitación del estudio hace referencia a que el porcentaje de socios que contesta a la encuesta es del 19%, y aunque es aceptable desde una perspectiva de marketing, no es el mejor resultado.

Por otro lado, inevitablemente, el número de preguntas que se realiza ha de ser limitado para garantizar la respuesta de los encuestados, siendo esta la segunda limitación.

La tercera limitación, aunque del todo inevitable, hace referencia a la heterogeneidad que caracteriza a los miembros de una sociedad científica: la adscripción a la misma viene determinada por un ámbito común de conocimiento, no por rasgos de personalidad. En nuestro caso, esta heterogeneidad afecta a las tres categorías laborales analizadas, aunque consideramos que cada categoría se caracteriza por un nivel específico de responsabilidad común.

RESULTADOS

De las 245 encuestas enviadas, fueron cumplimentados y devueltos por los encuestados 46 formularios. En la figura 1 se expone la distribución en función de la categoría profesional y el horario laboral. En la figura 2 se presentan los resultados globales. En las figuras 3-7 se expresan los porcentajes de las respuestas distribuidas en función de la categoría profesional. En la tabla 2 se describen las 10 características positivas principales de la MI, enunciadas de mayor a menor frecuencia por los encuestados. Cabe decir que los términos *know-how*, *know-why* y *know-when* hacen referencia a los conocimientos/formación/habilidades característicos de los médicos intensivistas. El término *feed-back* rápido se refiere a una respuesta inmediata o rápida de las acciones practicadas en el diagnóstico o tratamiento del EC

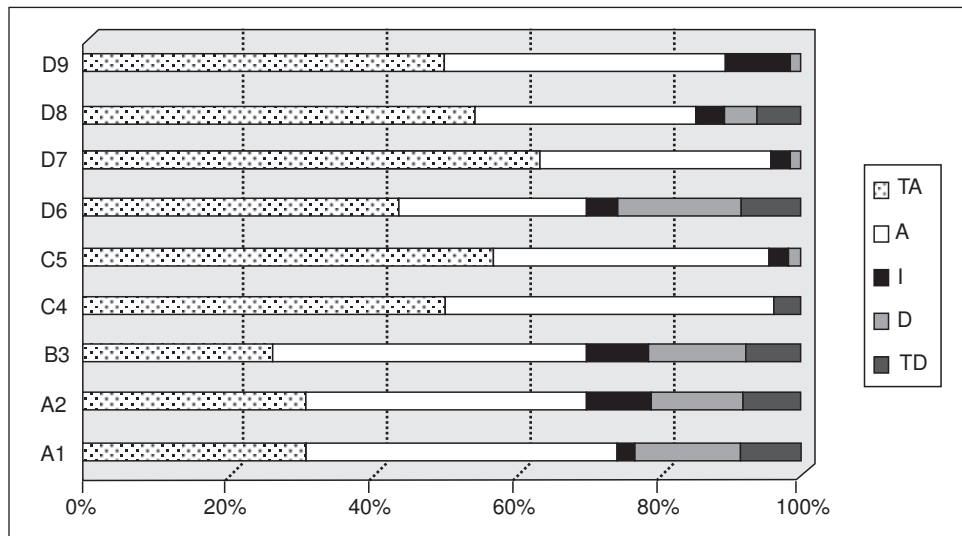


Fig. 2. Porcentaje de resultados globales. TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indiferente; D: en desacuerdo; TD: en total desacuerdo.

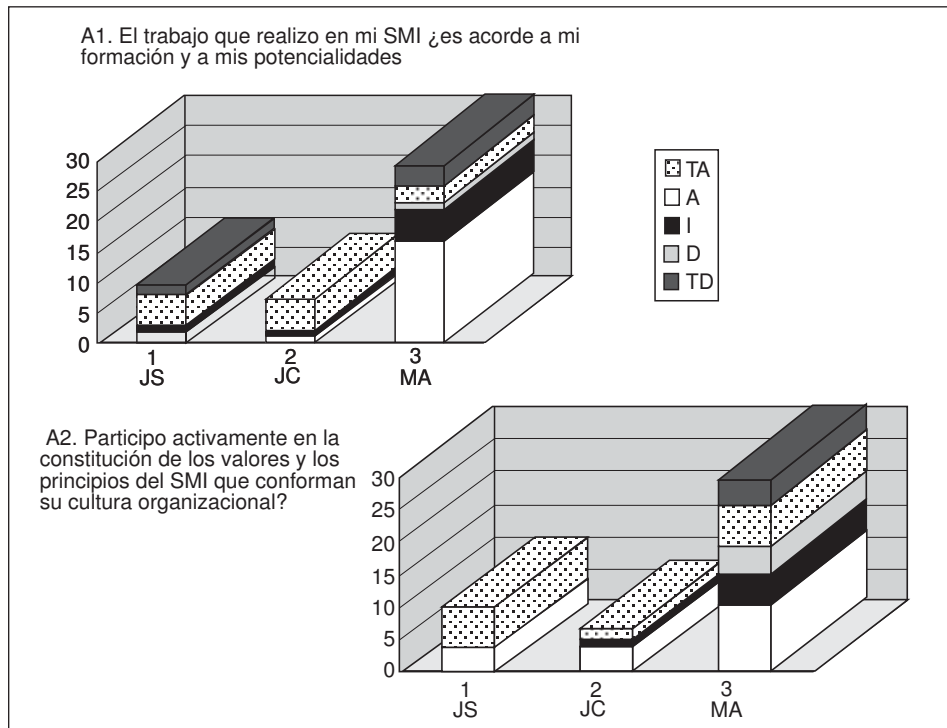


Fig. 3. Preguntas relacionadas con el análisis de satisfacción profesional. JS: jefe de servicio; JC: jefe clínico; MA: médico adjunto; TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indiferente; D: en desacuerdo; TD: en total desacuerdo.

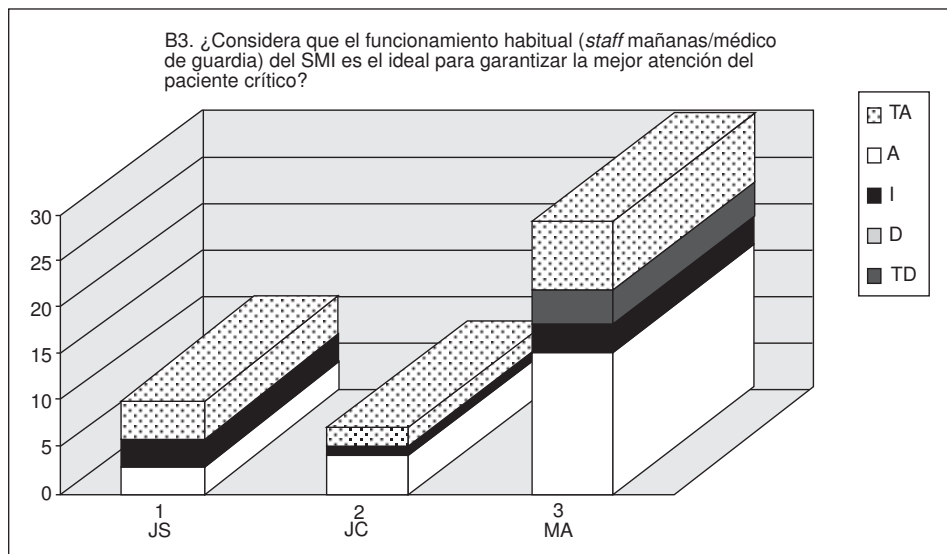


Fig. 4. Preguntas relacionadas con la organización del SMI. JS: jefe de servicio; JC: jefe clínico; MA: médico adjunto; TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indiferente; D: en desacuerdo; TD: en total desacuerdo.

(dinamismo). Además, se enumeran en la misma tabla otras de las características consideradas como positivas de la MI, pero de manera más marginal. En la tabla 3, se describen las 10 características negativas principales, enunciadas de la misma manera, así como también en este caso otras características más marginales.

DISCUSIÓN

Desde que en 1982 MacCue¹ definió los factores desencadenantes de estrés para el médico en gene-

ral, esos factores ya encajaban de pleno con el profesional de la MI; la realidad estresante de la atención del EC no ofrece discusión. En un estudio posterior, Linn et al² concluyen que uno de los factores más estresantes para el médico era precisamente la dificultad de relación con el enfermo por su condición de grave, si bien el médico intensivista puede ser capaz de percibir de igual manera que el EC lo que son factores estresantes para éste³. Un estudio realizado en el ámbito específico de la MI pediátrica concluye que el 36 y el 14% de los médicos tenían riesgo o padecían estrés, respectivamente⁴. Aun así,

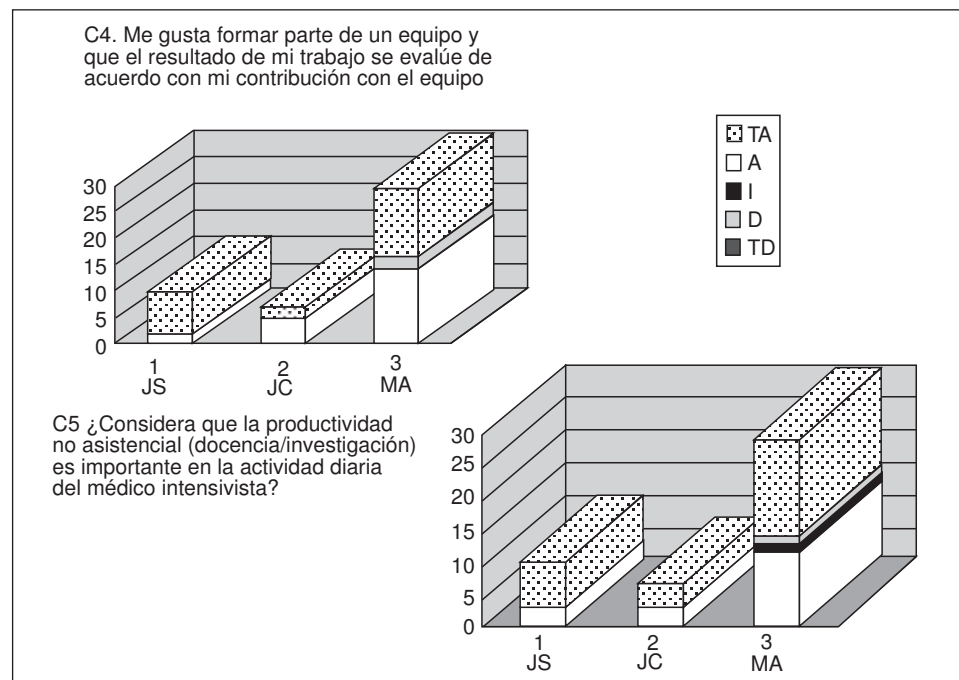


Fig. 5. Preguntas relacionadas con los valores de los profesionales. JS: jefe de servicio; JC: jefe clínico; MA: médico adjunto; TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indiferente; D: en desacuerdo; TD: en total desacuerdo.

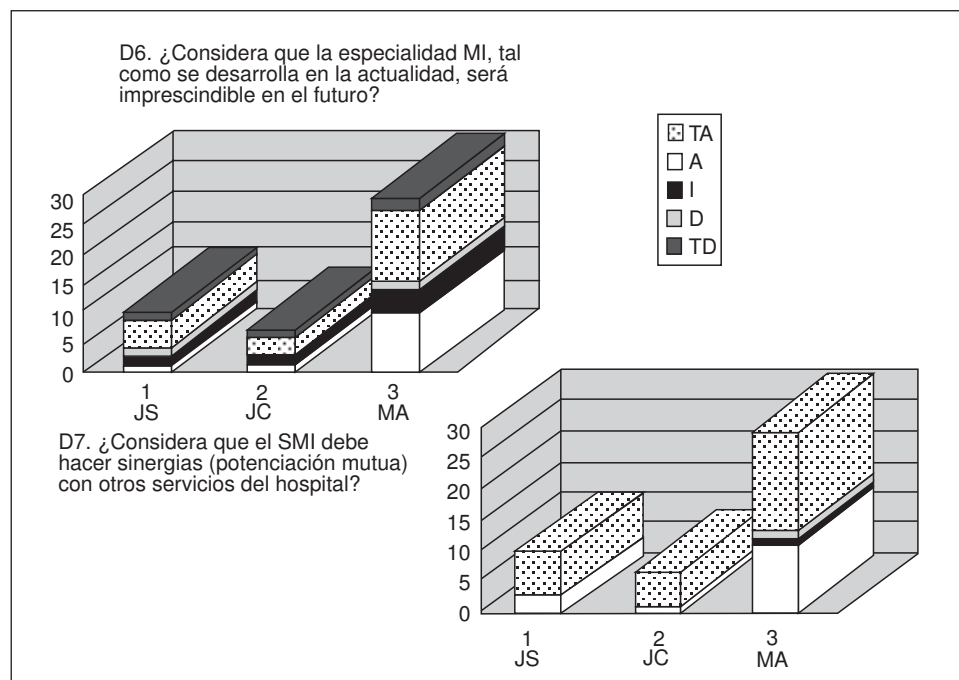


Fig. 6. Preguntas relacionadas con el posicionamiento estratégico de la especialidad. JS: jefe de servicio; JC: jefe clínico; MA: médico adjunto; TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indiferente; D: en desacuerdo; TD: en total desacuerdo.

sin necesidad de una mayor evidencia, la importancia del estrés en MI se ha puesto de manifiesto de manera definitiva en España por De la Torre⁵. En efecto, a partir de las aportaciones clásicas de Selye⁶ sobre el estrés y de las más recientes de McEwen⁷, De la Torre⁸ demuestra, al menos en el MG del SMI, la existencia de estrés, al analizar tanto su personalidad (más neuroticismo y disminución de la capacidad de relación) como su respuesta cardiovascu-

lar (alteraciones del ritmo), bioquímica (aumento lipídico y de las proteínas de fase rápida) y endocrinológica (aumento del cortisol, la noradrenalina y la dopamina).

Así, partiendo de que el estrés del profesional de la MI no es discutible, en este estudio se pretende analizar la opinión de los médicos intensivistas tanto en relación con su nivel de satisfacción profesional como en cuanto al futuro de la MI como especiali-

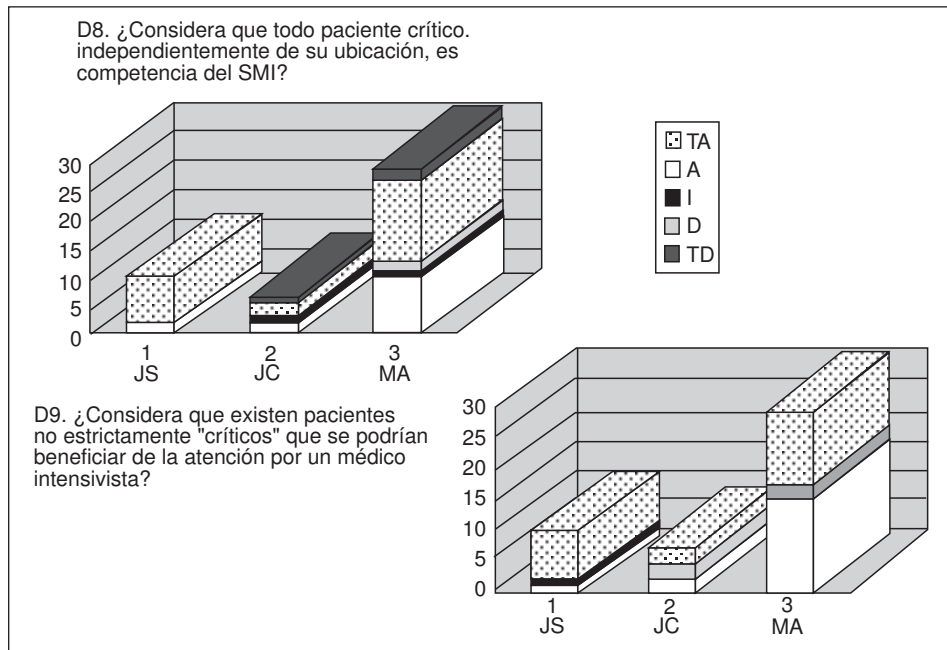


Fig. 7. Preguntas relacionadas con el posicionamiento estratégico de la especialidad. JS: jefe de servicio; JC: jefe clínico; MA: médico adjunto; TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indiferente; D: en desacuerdo; TD: en total desacuerdo.

dad. Obviamente, las preguntas formuladas no pueden recoger exhaustivamente todo el pensamiento de los médicos intensivistas, pero sí creemos que reflejan su esencia. Aunque todos los encuestados pertenecen a la misma comunidad autónoma, las preguntas y las respuestas pueden ser extrapolables a cualquier otra comunidad española, ya que el modelo de organización de los SMI es básicamente el mismo. El hecho de que, por ejemplo, en Andalucía la gestión de la MI se asocie con la gestión de las urgencias no variaría el tipo de pregunta: la gestión de la urgencia (formal [Andalucía] o de hecho en algunos hospitales por decisión empresarial) es una acti-

vidad *outdoor* equiparable a otras actividades que se realizan fuera de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

En relación con las preguntas incluidas en el análisis del nivel de satisfacción profesional, los encuestados demuestran un nivel de respuesta bastante positivo, tanto si éstos son JS, JC o MA. En cuanto a la pregunta A1 ("el trabajo que realizo..."), ¿debería sorprender que el porcentaje de MA que contesta positivamente sea del 80%?: nosotros interpretamos que no, dado que probablemente los encuestados contestan más al hecho de haber sido contratados por sus méritos curriculares que no por lo que podrían potencialmente hacer en el SMI y no hacen. Aunque no se ha descrito en el apartado de los resultados, cabe destacar que el subgrupo de MA con horario laboral noche/guardias mantiene una opinión contrapuesta, de manera que siente que el trabajo que rea-

TABLA 2. Características positivas de la medicina intensiva

Características principales	Características marginales
Multidisciplinariedad (13)	Enfermo crítico
Know-how - know-why - know-when (11)	Cuerpo de doctrina
Trabajo en equipo (10)	Atención continuada
Atención global (9)	Fisiología aplicada
Feed-back rápido (8)	Case-mix variado
Docencia-investigación (7)	Relaciones humanas
Tecnología (7)	Servicio a la sociedad
Calidad asistencial (6)	Especialización
Formación continuada (6)	Gestión
Gratificación personal (5)	Valor añadido
	Integración hospitalaria
	Reconocimiento por otros profesionales
	Dedicación
	Pragmatismo
	Futuro
	Incidencia en la mortalidad
	Interdisciplinariedad
	Adaptabilidad
	Eficiencia, eficacia

TABLA 3. Características negativas de la medicina intensiva

Características principales	Características marginales
Guardias (18)	Aislamiento
Estrés (12)	Inmovilismo
Falta de reconocimiento (12)	Futuro incierto
Síndrome de burnout (9)	Limitación de recursos
Escasas salidas laborales (8)	Dedicación excesiva
Presión asistencial (6)	Dificultad de demostrar valor añadido
Dificultad de formación continuada (6)	Falta de visión compartida
Competencia con otras especialidades (4)	Ausencia de misión
Remuneración (4)	Ausencia de líderes
Conflictos bioéticos (4)	Staff > 50 años
	Falta de seguimiento enfermo crítico
	Corporativismo
	Jerarquización

liza, aun estando de acuerdo con su formación, no lo está con sus posibilidades, debido a su restricción de horario laboral. En cualquier caso, en un estudio llevado a cabo sobre el clima laboral en enfermería intensiva⁹, el mismo porcentaje (80%) contestó que estaba de acuerdo con la función que desempeñaba, aunque sólo el 51% continuaría trabajando en la UCI, lo que puede parecer paradójico. El estudio de este autor también evidenciaba uno de los problemas clásicos de la MI: la constante rotación de sus profesionales, lo que es un reflejo del síndrome de *burnout* tan característico de la MI¹⁰.

Obviamente, a la hora de indagar en la participación de los valores y en los principios que conforman la cultura organizacional (A2), la respuesta de los JS es más positiva, ya que su posición así lo favorece y sus años de pertenencia al SMI también. El hecho de que las respuestas al grupo A sean bastante positivas podría deberse también a que muchos de los encuestados responden más pensando en la MI como especialidad que en sus propios SMI. En efecto, es muy difícil para los médicos intensivistas separar la especialidad de las sociedades y de los SMI cuando hablan de aspectos relacionados con la MI, más aún, cuando muchos de los valores de los intensivistas son comunes a muchos SMI y cuando la SOCMIC se fundamenta en esos mismos valores. Se produce un fenómeno de homogeneidad de valores en una sociedad que incorpora a su tercera generación. Esta homogeneidad no se produciría en otras especialidades mayores, más antiguas, que cuentan entre seis y 10 generaciones. Por ello, habría que pensar quizá que los MA encuestados piensan de manera inequívocamente conjunta en algo más que en sus propios SMI. En cualquier caso, y no de otro modo, el futuro de todos los SMI de España va ligado al futuro de la especialidad, hoy por hoy no definido y sometido a variables políticas tanto españolas como de la Unión Europea. Cabe hacer énfasis en que pocos médicos especialistas en España asocian tanto el futuro de sus centros de responsabilidad y de desarrollo profesional (SMI en nuestro caso) al de su especialidad.

En relación con la pregunta B3 –organización de los médicos (*staff* por la mañana y *MG* por la tarde)–, tanto los JS como los JC y los MA contestan de forma mayoritaria positivamente. ¿Significa esta respuesta un cierto inmovilismo?, ¿o un cierto apego al modelo clásico de la MI tan fuertemente arraigado? ¿Estaría ligada esta respuesta positiva al pensamiento tan extendido de que la MI comprende fundamentalmente la asistencia del EC en la UCI (*in-door*)? Cabría preguntarse aquí si los intereses de los EC se satisfacerían mejor con el modelo clásico (*in-door*) o con algún otro planteamiento más abierto y flexible abarcando la actividad *out-door*¹¹.

Al analizar la pregunta relacionada con los valores de los profesionales (C4) –“me gusta formar parte...”–, la respuesta no es categóricamente positiva (TA por unanimidad). Quizá sorprendentemente, el 50% de los encuestados no está totalmente de acuerdo en que sí. ¿Qué explicación podríamos dar a que

este porcentaje no esté totalmente de acuerdo en formar parte de un equipo y en ser evaluado en consecuencia? ¿Quizá existe, sobre todo en lo que hace referencia a los MA, un modo individualista de ejercer la MI? ¿Quizá la elección de atender EC y también de investigar sobre ellos en vez de atender enfermos de otro tipo conlleva algo de eso? A favor de esta explicación iría quizá el hecho de que es habitual en MI que cada JC y cada MA se subespecialicen en algo específico. Probablemente también los profesionales adscritos a la MI busquen el reconocimiento más allá del SMI –entiéndase en el ámbito de los grupos de trabajo y de las sociedades científicas–.

En cuanto a la pregunta C5 –“¿considera que la productividad no asistencial...?”–, aunque de forma menos sorprendente, tampoco la respuesta es claramente favorable hacia el TA; especialmente en cuanto a los MA hace referencia. ¿Reflejaría esta respuesta que la asistencia es claramente prioritaria en MI y que serían más marginales la investigación y la docencia?

Entrando en el análisis referido a las preguntas relacionadas con el posicionamiento estratégico de la sociedad, un porcentaje considerable (el 40%, JS; el 43%, JC, y el 20%, MA) no cree que la MI, tal como se desarrolla en la actualidad, sea imprescindible en el futuro, por lo que pudiera existir una cierta contradicción, o no, con la respuesta a la pregunta C3: la organización según el *staff*/MG es adecuada, pero el desarrollo actual de la MI no garantiza el futuro. Al margen de contradicciones, cabe interpretar que nadie que responde negativamente cree que no existirán EC que atender, sino que podrían ser otros especialistas quienes se hagan cargo de su asistencia. Aunque en relación con la enfermería intensiva, en el estudio de Gámez et al⁹ se pone de manifiesto que el 88% de los encuestados está interesado en el desarrollo de la especialidad, aunque no oficial, de la enfermería intensiva.

La respuesta a la pregunta D7 sobre posicionamiento estratégico sí que se decanta mayoritariamente por el establecimiento de sinergias con otros servicios del hospital y refleja una apuesta por un cambio cultural en los SMI: abrir la UCI convencional y obtener ventaja competitiva de la multidisciplinariedad. Esta respuesta favorable a las sinergias no es incoherente con la respuesta claramente positiva a la pregunta referida a la competencia sobre todos los EC por parte del intensivista allá donde éstos estén, ya que asumir competencias no significa no desempeñarlas conjuntamente con otros especialistas. Y tampoco es incoherente con la respuesta positiva a que el médico intensivista esté capacitado para generar valor atendiendo otro tipo de pacientes ajenos al EC; de hecho, al poder desarrollar tanto economías de escala –reducciones en el coste medio de producción a medida que se incrementa el volumen de ésta– como economías de alcance –disminución de los costes monetarios al prestar dos o más servicios–¹², la polivalencia del médico intensivista no ofrece duda.

En el análisis de las características positivas y negativas se pueden observar aparentes contradicciones que no son tales: las respuestas reflejan el SB, pero los médicos intensivistas no están en contra del trabajo que hacen sino de cómo lo hacen, de lo que reciben a cambio y de la incertidumbre relacionada con las perspectivas de futuro.

En el análisis de las características consideradas positivas de la MI, destaca una visión homogénea respecto a algunas de ellas. Por un lado, y desde un punto de vista asistencial, respecto a las que hacen referencia a la propia definición del EC. Es el tipo de paciente atendido por los médicos intensivistas y la manera de hacerlo (*know-how*) uno de los hechos valorados como más positivos. Así, la asistencia del EC desde un punto de vista multidisciplinario ofreciéndole una atención global y continuada es una característica de la práctica diaria que el intensivista reconoce como algo gratificante tanto profesional como personalmente y considera que constituye la base de la calidad asistencial. La visión integral del EC y la capacidad del intensivista de actuar de forma horizontal sobre el proceso no sólo caracteriza su perfil profesional, sino que se constituye en uno de los estímulos más positivos.

Otra de las características positivas y ligada al EC es el dinamismo que ofrece la práctica clínica. La existencia de un *feed-back* rápido en gran parte de las actuaciones entendido como una acción-respuesta más o menos inmediata ofrece al intensivista la posibilidad de ver cómo su trabajo repercute directamente sobre la atención del EC, lo que es también un factor estimulante. Del mismo modo, la existencia de un *case-mix in-door* heterogéneo, que permite cierta supraespecialización y la polivalencia reflejada en la actividad diaria de muchos intensivistas tanto *in-door* como *out-door* (enfermos subcríticos y poscríticos, reanimación cardiopulmonar, nutrición, infecciones, bioética, coordinación de trasplantes, colocación de marcapasos, accesos venosos centrales, traslado de enfermos críticos [EC], etc.) se valora de forma positiva.

El *know-how*, el *know-why* y el *know-when* de los profesionales de la MI, avalados por un cuerpo de doctrina y por la necesidad de una formación continuada, no sólo constituyen características del intensivista sino que se valoran mayoritariamente como hechos positivos. Asimismo, también la necesidad del trabajo en equipo y la tecnología, ambos implícitos en la asistencia del EC, son características consideradas por gran parte de los profesionales como positivas.

Otras características valoradas de forma más individual como positivas y reflejadas en los resultados hacen referencia a aspectos como las relaciones humanas y el valor añadido generado al EC, al hospital y a la sociedad.

Al margen de la asistencia, se valoran también de forma positiva la docencia y la investigación, ambas tradicionalmente vinculadas a la MI. En gran medida la existencia y la posibilidad de dedicación en mayor o menor grado a este tipo de actividades son valoradas por los profesionales como

algo no sólo necesario sino también muy satisfactorio.

La mayoría de las características negativas enumeradas se relacionan con el síndrome del desgaste profesional o síndrome de *burnout*. Aunque este síndrome puede afectar a cualquier profesional, según un estudio del Instituto Nacional de la Administración Pública (observaciones no publicadas) los profesionales de la sanidad forman parte de uno de los colectivos del sector público más afectados por este síndrome. El síndrome de *burnout*, consecuencia directa del estrés, puede definirse como el estado de fatiga o frustración ocasionado por el desequilibrio entre las expectativas individuales de profesional y la realidad del trabajo diario. Se considera un trastorno adaptativo crónico y puede sobrevenir tanto por excesivo grado de exigencia como por escasez de recursos. Un estudio relacionado con médicos "infecciólogos" –pero extrapolable a la MI– lo define como "los cambios negativos que afectan a las actitudes, al estado de humor y a las conductas de las personas frente al estrés del trabajo"¹³. La práctica de la MI, especialmente dentro del modelo español de atención al EC, basado en la asistencia de estos pacientes por médicos intensivistas durante las 24 h del día los 365 días del año, cumple muchas de las características que favorecen el desgaste de sus profesionales. De la Torre et al⁸ enumeran los principales factores que exponen y hacen vulnerable al profesional de la MI al SB. En la misma línea, Fischer et al¹⁴ observan un incremento en los valores de cortisol en 139 médicos y DE de un SMI terciario; este incremento es independiente de consideraciones subjetivas y la experiencia profesional sólo aminora la respuesta endocrinológica cuando aquella es superior a los 8 años de ejercicio. El estudio de Guntupalli y Fromm¹⁵ realizado en 248 médicos demuestra puntuaciones elevadas en relación al agotamiento emocional, a la despersonalización y a la baja realización personal. Los resultados referentes a las características positivas y negativas de este estudio están en concordancia con las conclusiones de otros autores^{8,14}. Las guardias, la presión asistencial, el estrés relacionado con las características de los pacientes atendidos, la inevitable limitación de recursos, el coste de oportunidad asociado a la realidad de la "última cama", la falta de reconocimiento no sólo por otros profesionales sino por los propios EC y sus familiares y, en general, por la sociedad, los conflictos bioéticos, la dificultad en la formación continuada, la competencia con otras especialidades, las escasas salidas laborales para los médicos más jóvenes y un futuro lleno de incertidumbre son algunas de las características consideradas más negativas por los encuestados en relación con la MI. La falta de reconocimiento por la sociedad, por los compañeros, por otros médicos, por otros profesionales de la salud, por la gerencia, etc. es uno de los factores desencadenantes del SB que se refleja en el trabajo de Fields et al⁴; su ausencia conlleva un riesgo entre dos y tres veces superior para adquirir el síndrome.

En cualquier caso, en cuanto a los resultados obtenidos, cabe preguntarse si la desmotivación e insatisfacción profesional reflejada en la encuesta –fundamentalmente en las características de libre elección– se debe a carencias vinculadas a la organización hospitalaria, a errores de gestión de los diversos estamentos jerárquicos, al modelo organizacional clásico de la MI más o menos imperante en todos los SMI españoles, a todo a la vez o a otros factores externos. Williams et al¹⁶ observan cómo los factores organizacionales son claves en el desarrollo del SB en los médicos que atienden emergencias en 27 hospitales ingleses del área del sur del Támesis. En otras palabras, cabe meditar lo siguiente: si los modelos de dirección de personas se aplicaran en los SMI como centros de responsabilidad y en el hipotético caso de que se quisiesen aplicar, ¿mejoraría el nivel de satisfacción de sus profesionales? Veamos, por ejemplo, qué ocurriría si se aplicase en los SMI el modelo para dirigir personas de Dolan y Martín¹⁷ (tabla 4) y que gira en torno a los “10 mandamientos para dirigir personas”.

Indiscutiblemente, la aplicación de estos mandamientos mejoraría el nivel de satisfacción profesional, ¿pero cómo podrían verdaderamente aplicarse en los SMI de España? y ¿quiénes los podrían aplicar: JS en su mayoría ubicados en estructuras jerárquicas clásicas pertenecientes a hospitales casi todos obsoletos desde una perspectiva de política de empresa y ubicados en un sistema de salud necesitado de una reforma o JS con formación o sin ella, sin los suficientes atributos para ejercer técnicas de *problem solving*? En este marco, ¿cómo podría un JS gestionar el estrés de la *última cama* o el de las guardias? o ¿cómo podría un JS gestionar valores y desarrollar una cultura orientada a la gestión del conocimiento (*know-how*) en una cultura superior claramente funcional?

¿Se equivocan Dolan y Martín? No, sencillamente lo que ocurre es que el modelo actual de la MI en España –en el contexto además de hospitales gestionados más política que técnicamente, más orientados a los resultados a la corta que a resultados derivados de estrategias– es útil para garantizar la asistencia al EC pero no para que sus profesionales adscritos puedan mejorar su nivel de satisfacción profesional ni para garantizar el futuro. Éste es probablemente un modelo no permisivo, cerrado, asfixiante para cual-

quier intento de innovación estratégica, para aplicar las bases de la gestión del conocimiento o, más básicamente, para permitir el desarrollo de ventajas competitivas.

Puede pensarse, asimismo, que la insatisfacción del médico intensivista puede derivarse también de problemas de la profesión en sí sin distinguir ámbitos de actuación o especialidades. Varios estudios en Europa irían en línea con esta posibilidad. En Francia, la Asociación Francesa de Médicos puso de manifiesto que el 80% de los médicos sentía desmotivación y no confiaba en la política gubernamental de reformas¹⁸. En el mismo año, en Austria se evidenciaba que los médicos trabajaban más del doble que la población normal, 90 frente a 40 h de trabajo a la semana¹⁹. En Italia, el Consejo General de Médicos Italiano ha tenido que adoptar acciones frente a un proyecto de ley enfocado a la publicación de una lista de médicos con errores médicos²⁰. En un reciente estudio sobre el nivel de satisfacción profesional en Irlanda se pone de manifiesto que la tercera parte de los médicos en ejercicio no volvería a estudiar medicina, aumentando al 42% el porcentaje cuando de médicos en formación se trataba. Se revela en el mismo estudio que el 70% de los médicos consideraba que trabajaba en exceso²¹. En los EE.UU., se debate en la actualidad sobre si los médicos son empleados o propietarios, sobre si persiguen el propio interés o el interés público, sobre si son estudiantes o empleados; todo dentro de un marco jurídico distinto en función de si las respuestas son unas u otras^{22,23}. Y más allá de Europa y de los EE.UU., en todo el mundo occidental, y más allá también de la MI como especialidad, las características que definen la profesión médica –excelentemente expuestas, en 1982, por Starr²⁴: “autonomía” (autodirección, autodisciplina y autoempleo), “autoridad” basada en el aprendizaje y en el conocimiento, y “legitimidad”– se tambalean sea cual sea la política sanitaria del país.

CONCLUSIONES

Una serie de factores externos e internos al ámbito de la MI condiciona el nivel de satisfacción profesional del médico intensivista. Parece claro que hay que tener en cuenta muchos factores ajenos a la MI para evaluar el nivel de satisfacción profesional de los profesionales que la ejercen.

Más que el deseo de abandonar la especialidad, los médicos intensivistas encuestados desean adaptarla al nuevo contexto social, a las nuevas reglas de juego de la competencia y a las posibilidades de desarrollo de su *know-how*. En una palabra, parece existir el deseo de adaptarse al futuro de la especialidad.

Sin embargo, podría quizá también concluirse que hay una voluntad real de cambio pero que, quizá, se quiere mejorar la organización de la MI y de los SMI sin perder los privilegios clásicos contrarios a las nuevas tendencias, más orientadas hacia la actividad *out-door* y, entonces, más orientadas a la obtención de ventaja competitiva.

TABLA 4. Los mandamientos de Dolan y Martín¹⁷ para dirigir a personas

1. Motivarás y reconocerás el esfuerzo
2. Comunicarás tus ideas e influirás
3. Transformarás grupos en equipos
4. Plantearás y resolverás problemas
5. Liberarás y gestionarás energía creativa
6. Desarrollarás tu proyecto
7. Manejarás el conflicto como fuente de aprendizaje
8. Gestionarás el estrés
9. Delegarás y potenciarás a tus colaboradores
10. Gestionarás valores y desarrollarás una cultura

BIBLIOGRAFÍA

1. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med* 1982;306:458-63.
2. Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA* 1985;254:2775-82.
3. Novaes MA, Knobel E, Bork AM, Pavao OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med* 1999; 25:1421-6.
4. Fields AI, Cuerdon TT, Brasseux CO, Getson PR, Thompson AE, Orłowski JP, et al. Physician burnout in paediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995;23:1425-9.
5. De la Torre MV. Tema monográfico: estrés en medicina intensiva. *Med Intensiva* 1998;22:177-239.
6. Selye H. *Stress*. Barcelona: Científico-Médica, 1954.
7. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998;338:171-9.
8. De la Torre MV, García A, Mérida F, Morell M, Daga D, Ruiz L. Perfil psicológico, respuesta cardiovascular y endocrino-metabólica del profesional facultativo en el área de Medicina Intensiva. *Med Intensiva* 1998;22:229-39.
9. Gámez M, Santano A, Matías S, Roca S, Tomey MJ. Estudio del clima laboral en cuatro unidades de críticos de un hospital. *Enferm Intensiva* 1999;10:120-8.
10. Ackerman AD. Retention of critical care staff. *Crit Care Med* 1993;21(9 Suppl.):S394-5.
11. Ruiz J, Martín MC, García A, Nolla M. La medicina intensiva como competencia esencial *in-door* y *out-door*. *Med Intensiva* 2001;25:137-44.
12. Ruiz J. La gestión de los servicios de medicina intensiva: presente y futuro. *Med Intensiva* 1997;21:200-8.
13. Deckard GJ, Hicks LL, Hamory BH. The occurrence and distribution of burnout among infectious diseases physicians. *J Infect Dis* 1992;165:224-8.
14. Fischer JE, Calame A, Dettling AC, Zeier H, Fanconi S. Experience and endocrine stress responses in neonatal and paediatric critical care nurses and physicians. *Crit Care Med*, 2000; 28:3281-8.
15. Guntupalli KK, Fromm RE Jr. Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Med* 1996;22:625-30.
16. Williams S, Dale J, Glucksman E, Wellesley A. Senior house officers' work related stressors, psychological distress, and confidence in performing clinical tasks in accident and emergency: a questionnaire study. *Br Med J* 1997;314:-713-8.
17. Dolan SL, Martín I. Los 10 mandamientos para la dirección de empresas. Barcelona: Ediciones Gestión 2000, 2000.
18. De Bousingen DD. French doctors feel downhearted. *Lancet* 1998;351:1040.
19. Glass N. Working hours take toll on Austria's doctors. *Lancet* 2000;355:2.227.
20. Simini B. Italian doctors stand their ground. *Lancet* 1999;354:495.
21. Birchard K. Survey reveals extent of Irish doctors' dissatisfaction. *Lancet* 2000;356:1.585.
22. Ginsburg J. Physicians and joint negotiations. *Ann Intern Med* 2001;134:787-92.
23. Hsia DC. Can joint negotiation restore physicians' professional autonomy? *Ann Intern Med* 2001;134:780-2.
24. Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books, 1982; p. 9-29.