

Cómo evitar “quemarse” (o padecer el síndrome de burnout) en un servicio de cirugía general

Alfredo Moreno-Egea,* Isabel Latorre-Reviriego,** Germán Morales-Cuenca,*
Álvaro Campillo-Soto,* Eva Bataller-Peñañiel,*** Juan Sáez-Carreras&

Resumen

El síndrome de *burnout* puede afectar a más de 50 % de los médicos y se caracteriza por sentimiento de vacío y actitudes negativas hacia el trabajo y la vida. La actividad laboral de los cirujanos presenta factores causales específicos que determinan que el profesional pueda padecer esta enfermedad, con la consiguiente repercusión sociolaboral y para el resto del servicio. Estos factores pueden ser externos, ligados a la organización sanitaria, o internos, que dependen de la actividad laboral del cirujano en el hospital. En este trabajo se analizan dichos factores causales de *burnout* y se proponen algunas estrategias de afrontamiento para mejorar la salud de los profesionales.

Palabras clave: Burnout, organización sanitaria, servicio de cirugía.

Summary

Burnout syndrome may affect >50% of physicians and is characterized by feelings of emptiness and negative attitudes towards work and life. The work of surgeons presented some specific causal factors that determine that the physician (as a professional) can “burn out” and suffer from this disease with the consequent social/laboral impact, affecting also the rest of the surgical service. These may include external factors linked to the health organization or to internal factors that are directly dependent on the type of work performed by the hospital surgeon. This paper analyzes these causal factors of burnout and offers some simple coping strategies in order to improve the health of professionals.

Key words: Burnout, health organization, service surgery.

Introducción

El síndrome de *burnout* (“quemado”) fue descrito por Freudenberg en 1974 y definido por Maslach en 1976, como un cansancio emocional (pérdida progresiva de energía, de recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento), despersonalización y falta de realización profesional (insatisfacción y baja autoestima).¹⁻³ Uno de los colectivos más afectados es el de los médicos, en particular los cirujanos, quienes se ven sometidos a

múltiples factores estresantes que los hacen especialmente sensibles a padecer síntomas de desgaste profesional.⁴⁻⁸ Cuando un cirujano de un servicio se ve afectado por esta enfermedad, se hace necesario reconocerlo y ayudarlo porque es una situación contagiosa. Además, en las primeras fases, cuando es más fácil actuar sobre dicho proceso, son los compañeros del servicio los primeros que advierten el cambio de actitud del afectado y representan el primer eslabón de alarma y control del problema.

El síndrome de *burnout* puede ser causado por diversos factores. De forma didáctica podemos agruparlos en externos a un servicio de cirugía (difíciles de modificar al depender de la organización sanitaria y de la estructura social) e internos o dependientes del servicio.⁸⁻¹³ Estos últimos son más importantes de forma individual por que son potencialmente modificables una vez advertidos por el propio cirujano. En la práctica no se puede separar ambos tipos de factores etiológicos, pues interactúan en el tiempo y el espacio minando poco a poco las capacidades de adaptación del individuo y disminuyendo la calidad global del servicio.^{14,15} En un trabajo anterior actualizamos los conocimientos acerca del *burnout*; en esta exposición pretendemos analizar los posibles estresores que afectan a un servicio de cirugía general y proponer algunas estrategias para prevenir el desarrollo de la enfermedad.

* Departamento de Cirugía General y Digestivo, Hospital Universitario “Morales Meseguer”, Murcia, España.

** Departamento de Teoría e Historia de la Educación, Facultad de Educación, Universidad de Murcia, España.

*** Departamento de Fisioterapia y Rehabilitación, Hospital Universitario “Morales Meseguer”, Murcia, España.

& Catedrático de la Facultad de Educación, Universidad de Murcia, España.

Solicitud de sobretiros:

Alfredo Moreno-Egea.

Av. Primo de Rivera 7, 5º D,

30008 Murcia, España.

Tel.: 639 662 113. E-mail: moreno-egea@ono.com

Recibido para publicación: 21-02-2008

Aceptado para publicación: 08-10-2008

Factores internos generadores de *burnout* en cirugía

Podemos considerar que el trabajo laboral del cirujano se desempeña en cuatro niveles fundamentales: el quirófano, la planta, la consulta y las urgencias (guardias). En función del tipo de centro donde se trabaja, a estos cuatro pilares fundamentales se añaden otros como el desarrollo de una actividad docente e investigadora, la participación en labores universitarias, actividad en comisiones, gestión, etcétera, que dependen más del tipo de centro hospitalario que de las posibilidades o facultades reales del trabajador.

Actividad quirúrgica

De toda la actividad que desempeña un cirujano, la que determina más su nivel de realización y satisfacción personal dentro de un servicio es la participación en el quirófano. El cirujano que ha elegido su profesión tiene orientadas sus expectativas en el arte de operar y realizar técnicas quirúrgicas donde desarrolle su capacidad creativa. Cuando estas expectativas no se cumplen o se ven manipuladas (por otros compañeros, jefes o coordinadores), se genera conflicto y un clima apropiado para la aparición de sentimientos de rabia, ira, depresión. Cuando semana tras semana se repite este esquema, reflejado en el parte quirúrgico semanal, el cirujano puede entrar en una fase de desgana, apatía, descuido de otras labores o desprecio. Esta situación conlleva una valoración negativa del profesional y del trabajo que realiza y pueden aparecer conflictos internos, distensiones y errores médicos. ¿Cómo evitar esta situación? Una confección adecuada del parte quirúrgico semanal es el objetivo a conseguir. El jefe de servicio debe cumplir ciertos requisitos al momento de realizar dicho parte, de forma que garantice un relativo equilibrio entre los compañeros, independientemente de las patologías que atiendan. Algunas normas a considerar en la realización de este documento son:

- Cada cirujano debe entrar a quirófano al menos un día como cirujano principal.
 - Nadie debe ser programado más de dos días como cirujano principal.
 - Nadie debe ser programado solo como cirujano ayudante en una misma semana.
 - El cirujano es más importante que la patología que se programa y puede ser intercambiado (si es preciso operar unos enfermos concretos por “no demorables”).
 - No se debe “quitar” pacientes para programarlos a otros cirujanos cuando existe un especial interés (conforme razones injustificables como soy el jefe, soy más capacitado, hay que hacerlo rápido, tengo tiempo, etcétera).
 - Todo cirujano tiene derecho a ser ayudado por un compañero de igual categoría, no solo por residentes.
 - Los cirujanos deben tener libertad para adaptar y modificar el parte, según su criterio, con base en el tiempo que estimen oportuno, sin presiones ni reproches de jefes u compañeros.
- El cirujano principal no debe actuar como tal toda la mañana. Si hay programados dos procesos de interés, cada uno debe ser intervenido por un cirujano diferente. Es más eficiente intercambiar los papeles durante la jornada ya que esta costumbre favorece el respeto y la confianza. Esta sencilla medida aumenta la cooperación entre los compañeros, facilita una mayor concentración durante todas las intervenciones y aumenta la sensación de unidad o equipo. Además, este intercambio de papeles disminuye el cansancio y el agotamiento emocional, el estrés continuado, la ansiedad y la sensación de permanente responsabilidad, factores que actúan como elementos de protección facilitando la adaptación del cirujano a sus obligaciones sin minar su personalidad.

El descuido de estas normas puede generar un desequilibrio entre los cirujanos del servicio, o que aparezcan sentimientos de pertenecer a diferentes categorías de profesionales (premiados y olvidados/despreciados por el jefe), que cuando se prolongan en el tiempo alteran la convivencia entre los diferentes profesionales del servicio. Es fundamental, por tanto, dedicar el tiempo suficiente a configurar este documento cada semana y someterlo a modificaciones después en una sesión clínica, para aumentar la participación y sensación de implicación de todo el equipo en el trabajo quirúrgico diario.^{5,16,17}

Actividad en planta (hospitalización)

La labor asistencial desarrollada en una planta de cirugía se inicia con el pase de visita médica e incluye la información a familiares, cumplimentación de documentos relacionados con el tratamiento y la elaboración de las altas hospitalarias. Esta labor tiene un carácter más personal que la organización quirúrgica y es aconsejable, desde un punto de vista psicológico, establecer pautas de rutina que ayuden a evitar incidentes o situaciones inesperadas que supongan un esfuerzo de adaptación por parte del cirujano responsable.

Al llegar a la sala de visita, para evitar interrupciones es una buena estrategia dejar 10 a 15 minutos para verificar que los familiares han salido de las habitaciones, y comprobar que los tratamientos y gráficas de evolución estén actualizados en las correspondientes historias. Cuando coinciden dos cirujanos en una habitación es aconsejable que cada uno se ocupe de un paciente para evitar pequeñas confrontaciones dialécticas o conflictos de opinión.

Ciertos profesionales pueden responder a una modificación de su tratamiento no como una sugerencia carente de malicia, sino con una sensación de menosprecio que se acentúa al realizarse delante del personal de enfermería y del propio paciente. Para evitar esta situación de afrenta, supeditación o dominio que puede, al repetirse en el tiempo, configurar una imagen de menosprecio, poca valía o falta de conocimientos (no sirvo para esto, no doy la talla, no hago nada bien), sería aconsejable dividir la responsabilidad asignando habitaciones concretas a cada cirujano. De esta

forma, cada profesional se enfrenta con todas sus capacidades y estrategias a cada paciente aumentando su satisfacción personal, unificando criterios para el resto del personal y familiares y evitando escenas de conflicto o distensión entre compañeros. Después, en una sala de juntas, se pueden intercambiar datos sobre los pacientes o plantear dudas, pero solo entre los facultativos, con lo que se evita la presencia de terceros y se consigue plantear una relación de igual a igual con cualquier compañero.

La elaboración de las alta hospitalarias es, la mayoría de las veces, una tarea tediosa que no tiene ningún reconocimiento y que se suele dejar al residente o al cirujano más joven o “vulnerable” del servicio. Esta actitud, asumida en muchos centros, predispone a conductas de evasión y a una visible falta de compañerismo que, con su repetición diaria, supone un germen de predisposición y contagio para “quemarse”. El servicio debería plantear como normativa de obligado cumplimiento por todos los cirujanos, que las altas deben ser repartidas por igual entre todos los profesionales implicados en el pase de visita de ese día, independientemente de la edad o categoría del profesional. Desde un punto de vista ético, el informe de alta debería ser realizado expresamente por quien lo firma. De esta forma se podrían evitar muchos conflictos y errores de interpretación que pueden afectar la calidad percibida por los usuarios del sistema y conducir a pérdida de la eficiencia de la organización.

En la planta es donde posiblemente sea más útil la ayuda de los compañeros de trabajo. Con frecuencia otros cirujanos han pasado experiencias y han tenido sensaciones similares y pueden ofrecer un conocimiento comparativo de gran ayuda psicológica. Los colegas pueden ayudar reduciendo la tensión emocional, actuando sobre la fuente del estrés y orientar a afrontar una situación de forma más eficaz. Contar “las penas” a otro colega, en un café de media mañana en la sala de visita, contribuye a evitar cargar con ideas de culpa y puede ofrecer otra visión del problema evitando su magnificación y redimensionando la situación original. Existen servicios donde el entorno de trabajo se ha deteriorado tanto y el porcentaje de “quemados” es tan grande, que no es fácil encontrar un compañero dispuesto a prestar su ayuda. Esta situación, más frecuente de lo que podemos pensar, debe detectarse a tiempo, y el jefe de servicio debería solicitar ayuda externa para solucionar el problema antes de que siga su expansión, generando más gasto hospitalario, errores médicos, morbilidad añadida o insatisfacción del usuario; en resumen, deteriorando progresivamente la imagen del servicio.^{7,18-20}

Actividad en consulta

De toda la actividad que desarrolla un cirujano en su quehacer diario, posiblemente la que menos satisfacciones e incentivos genera es la consulta. Por la naturaleza de su formación, el cirujano “desea” la actividad de quirófano aunque ésta le suponga gran esfuerzo físico, pero su realización personal es muy elevada y compensa psíquicamente el cansancio emocional que produce.

A diferencia de ello, la actividad de la consulta es valorada como una labor rutinaria, sin emoción, sin “brillo”, donde no se necesita desplegar ninguna facultad especial ni ofrece recompensa intelectual o manual a corto plazo.

A esta visión del especialista quirúrgico habría que sumar la realidad actual de la consulta, donde priva la burocratización excesiva sin cabida para la imaginación e inventiva. Solo se precisa saludar al paciente y llenar 10 a 12 documentos que el hospital obliga a cumplimentar (historia clínica, preoperatorio, consentimiento, inclusión en lista de espera, pruebas radiológicas, estudios endoscópicos, consultas a anestesia y otros especialistas, etcétera). Apenas queda tiempo para mirar al paciente a la cara e iniciar una verdadera relación médico-paciente. Sencillamente es casi inexistente en la actualidad este tipo de relación, excepto en los procesos donde se repiten las consultas y se precisa un seguimiento largo (ejemplo: pacientes operados por cáncer). La administración ha convertido esta tarea en un mero trámite de papeles, informes y recetas, sin dejar tiempo para desarrollar otras consideraciones personales o profesionales.

En este rígido marco laboral, algunos cirujanos se sienten atrapados por el sistema, después de haber invertido media vida en estudios y esfuerzos para intentar desarrollar una actividad más intelectual y manual; se ven atrapados, asfixiados entre papeles, con evidente pérdida de su capacidad para tomar iniciativas (al dejar toda la labor protocolizada y burocratizada en exceso), atados a direcciones y comisiones que les dictan las normas y conductas a seguir, sin posibilidad de progreso, de cumplir sus expectativas y de sentirse realizados frente a sus pacientes y familiares. Esta situación es un factor muy importante en los servicios de cirugía. La persistencia en el tiempo de estos sentimientos favorece la aparición entre los sujetos más susceptibles, de ideas de tristeza, apatía, cambios de humor, ira, rechazo, necesidad de baja laboral, que pueden derivar en *burnout* y quebrantamiento de la salud, con la necesidad de apartarse del trabajo, con menor compromiso con la organización, ausencias injustificadas y bajas laborales cada vez más frecuentes. Evitar este proceso puede estar en nuestra mano si detectamos estas conductas de forma precoz en los compañeros y alertamos para iniciar medidas de prevención y tratamiento adecuadas a cada situación.

Son numerosas las medidas de prevención, de fácil aplicación por el facultativo, que podemos iniciar sin interferir con la organización ni el servicio: realizar una lista de las molestias que nos roban energía y que podemos eliminar, valorar la forma de vestir en función de la labor asistencial (en consultas vestir correctamente para proyectar una imagen cuidada), tener una mesa ordenada y un despacho con aspecto agradable, tener a mano los papeles más utilizados, organizar las historias antes de pasar al paciente para que no nos vean moviendo papeles sin sentido intentando recordar el caso, etcétera. Crear una serie de hábitos agradables que nos ayuden a neutralizar situaciones adversas: no iniciar la consulta hasta leer el periódico del día, llegar siempre pronto y revisar tranquilamente el correo escuchan-

do música, seleccionar un paciente y revisar el caso de forma histórica, entre otros.

Es importante evitar las prolongaciones de jornada en una misma actividad (consulta por la mañana, quirófano por la tarde) que contribuyen al agotamiento y aversión hacia usuarios y colegas; es más eficaz, gratificante y menos estresante ampliar la jornada con una actividad diferente. De igual forma, es primordial modular la distancia con los pacientes y familiares, ya que el *burnout* aumenta cuando el profesional se implica demasiado con su trabajo, si asumimos que es imposible satisfacer a todos los usuarios; si queremos evitar “quemarnos” con el sistema, hay que saber mantener cierta distancia y desconectarse sin llevar trabajo a casa. El objetivo es intentar no perder el hábito de trabajar con una mínima calidad y de sentirnos en todo momento profesionales competentes.²¹⁻²³

Actividad en urgencias (guardias)

Uno de los pilares de la asistencia en nuestro país es sustentado gracias al trabajo de los facultativos durante las guardias. El cirujano, a diferencia de otros especialistas (urólogos, otorrinos, etcétera), realiza sus guardias de presencia física, tanto en urgencias como en cualquier planta de hospitalización, esto supone que puede localizarse a cualquier hora con un simple aviso. Partiendo de esta realidad, al cirujano se le puede consultar casi cualquier cosa, por cualquier persona, durante 24 horas al día. La sobrecarga de trabajo que esto representa es en ocasiones indescriptible: avisos simultáneos de una planta y urgencias, familiares que demandan noticias a cualquier hora, durante una operación de urgencias se le sigue requiriendo por demora de una asistencia en planta o pacientes que no son vistos en la puerta, hojas de consulta que se acumulan a las tres de la tarde al irse el resto de facultativos de su jornada, pacientes que llegan a planta de reanimación o la unidad de cuidados intensivos por la tarde o noche...

El cansancio emocional y la pérdida de energía que se generan en una jornada de guardia son elevados. Cualquier mejora en esta situación que favorezca una estancia agradable y cómoda debe ser considerada como positiva para la estabilidad y salud mental del cirujano; respecto al control del “quemado” sirve tener una habitación bien ventilada con un pequeño despacho y aseo propio, un área de trabajo adecuada, un servicio de comidas digno y limpio, evitar llamadas innecesarias, respetar en lo posible ciertas franjas horarias, facilitar la apertura de la biblioteca en turno de tarde, etcétera.

A pesar de las pequeñas mejoras que se puedan conseguir en cada centro tras duras negociaciones con la dirección, las guardias tienen efecto-memoria en la capacidad física e intelectual del cirujano, y a lo largo del tiempo, según la fortaleza y preparación física de cada individuo, pasan factura en forma de pequeñas afecciones osteomusculares, trastornos gastrointestinales, dolores torácicos, palpitaciones, cefaleas, hipertensión arterial, des-

orientación, pérdidas de memoria, apatía, debilidad general. Si a esta situación añadimos un cirujano con personalidad tipo A (según Hernández, personas que aumentan su probabilidad de exposición a estresores laborales, más susceptibles de verse afectados por los problemas, de vivirlos de forma acentuada y negativa), un entorno sociofamiliar no protector o problemático, ausencia de vida privada y de actividades extralaborales o pasatiempos (hacer deporte, salidas al campo, ir de pesca, leer), que faciliten una desconexión temporal eficaz y demore la instauración del síndrome, llegaremos a una situación final de enfermedad.^{24,25} El apoyo por parte de la dirección al equipo de cirujanos que todavía hacen guardias de 24 horas es imprescindible para garantizar, en un futuro próximo, la calidad del sistema sanitario actual.

En este apartado, las medidas preventivas que cobran especial atención son las referentes al cuidado de sí mismo (además de a los otros), es decir, técnicas de autocuidado personal. Es imposible ayudar a los demás si, en primer lugar, no nos cuidamos nosotros mismos. Debemos aprender a valorar nuestros aspectos positivos, reconocer nuestros límites para fortalecer nuestro crecimiento personal y ofrecemos alguna recompensa ocasional (tomar un desayuno en una terraza al salir de una guardia difícil, comprar ese libro que queríamos leer hace tiempo, ir a un partido de fútbol con amigos, cenar fuera esa noche con la pareja, etcétera). Hay que intentar mantener una vida privada y ocupar nuestro tiempo libre con aficiones, pero sin que el trabajo invada nuestro tiempo libre ni tampoco que un pasatiempo nos ocupe el tiempo de trabajo; si esto llegara a pasar estamos ante uno de los síntomas de la presencia del *burnout*.^{7,25-28}

Residentes

Estudios de investigación sobre el síndrome de *burnout* han confirmado que los residentes de cirugía constituyen un grupo susceptible de padecer esta afección, sobre todo durante los dos primeros años de la especialidad, en relación con las horas de jornada laboral, número de días libres, número de guardias y estabilidad del entorno familiar, entre otros factores bien conocidos.^{4-8,29-33} El residente llega a un hospital y se enfrenta de forma brusca con una realidad prácticamente desconocida y a la que tiene que adaptarse de forma precoz.

De un día para otro se ve interrelacionado con múltiples colectivos (pacientes, familiares, compañeros y otros especialistas, directores, supervisores, anestesiistas, etcétera), en situaciones de continuo estrés, de los que desconoce su respuesta y lo que se espera de él. Desde una visión meramente psíquica, es una realidad que golpea al sujeto y lo mantiene en permanente estado de alerta para enfrentar cada nueva situación o conflicto de la manera adecuada (una llamada de urgencias, un aviso de planta, un familiar que lo para en un pasillo, un jefe que le pide un trabajo, un compañero que le cambia un quirófano, etcétera). El precio es un creciente cansancio psicofísico que si no se compensa de forma emocional acaba por alterar el proceso de adap-

tación del residente, quien entra en una espiral de frustración que puede derivar en un síndrome de *burnout*.

El residente no puede ser entendido como una figura de descarga de cualquier tarea en el servicio de cirugía, debe tener un plan previamente diseñado y supervisado a diario, por alguien eficaz y cercano, que le haga venir a trabajar cada día con un propósito y una determinación asumida. La comunicación con el jefe de residentes o su residente mayor se hace imprescindible para aliviar “el sufrimiento emocional del día a día”. El residente no puede ir buscando tareas, mendigando qué operar, siguiendo las batallas de los adjuntos, pidiendo entrar en quirófano a cambio de tareas despreciadas por otros compañeros. Si los residentes cubren la mayoría de los días el quirófano como ayudantes, debería establecerse un día fijo para fueran programados como cirujanos principales. Esta simple medida aumenta la autoestima y ayuda a que adquirieran más confianza y seguridad con su profesión, su dominio de técnicas e instrumental, a la vez que favorece su integración con el resto de personal del área de quirófanos. Si se les pide un esfuerzo fuera de sus tareas de obligado cumplimiento (hacer una publicación, una revisión de un caso, dar unas altas o buscar unas historias), es aconsejable ofrecerles un premio en forma de recompensa que haga satisfacer su demanda de formación y realización vocacional: programarlo un día como cirujano principal, buscarle un congreso de interés, ofrecerle el viaje y la estancia, librar un día adicional, media jornada libre para asistir a la biblioteca y ponerse al día con revistas especializadas, etcétera.

El residente joven tiene tendencia a acrecentar los resultados negativos, de modo que pasa inadvertido el lado bueno de su trabajo, éxito y gratificaciones. Esta situación se acentúa porque los usuarios del sistema sanitario creen que no deben agradecer el cuidado recibido por pensar que ya “pagan suficiente” por ello y solo se hace por ellos lo que es obligado. Esta ausencia de refuerzo positivo contribuye a la frustración y puede ser compensada por los compañeros y jefes de servicio. El tratamiento del residente debe ser entendido desde una perspectiva de igualdad, nunca de dominio o desprecio; los años no dan derecho a tener la razón ni a maltratar psicológicamente al recién llegado. De la acogida, trato inicial y planteamiento del primer año dependen en gran medida la correcta integración del residente y su eficacia posterior en el servicio. Un residente satisfecho y realizado siempre estará más predispuesto a cooperar en cualquier proyecto que otro estresado y no integrado en la estructura del servicio. Las actuales técnicas con simulación de situaciones clínicas concretas pueden ayudar a prevenir el desarrollo del “quemado” entre los residentes.³⁴⁻³⁷

Factores externos generadores de *burnout*

El cirujano trabaja en un entorno sociopolítico del que no puede evadirse. El mismo trabajo que realiza un profesional se ve valo-

rado y retribuido de forma diferente según la comunidad autónoma donde ejerce, en una misma comunidad según el hospital y también en un mismo hospital según los pactos de cada servicio. En este marco es fácil comprender la creciente insatisfacción y falta de compromiso generalizada que existe entre los profesionales.

Por todos es conocido cómo en los últimos años hemos asistido a un verdadero *boom* a la hora de proponer e introducir en la gestión de la sanidad pública modelos de incentivación procedentes del sector privado. Como gestión debemos entender: “motivar-incentivar a los profesionales para conseguir los objetivos de la organización”. En el término motivación-incentivo englobamos todo lo que conduce a desear o a hacer una tarea concreta.

En la práctica diaria este problema tan complejo es abordado frecuentemente de forma simplista por políticos, gestores, sindicalistas y profesionales sanitarios, siendo reiterado que sus propuestas sean dispares y basadas en incentivos básicos: salario, carrera profesional, estabilidad en el empleo, autonomía de gestión, gestión clínica. Esta falta de criterios comunes y, sobre todo, su variabilidad entre centros de trabajo, conducen a posibilitar las comparaciones interesadas y los agravios comparativos que “queman” al profesional y crean un rechazo a futuras soluciones (“me han engañado tantas veces que ya no entro más en el juego de mi jefe/gestor”).

Una de las clasificaciones más aceptada sobre las motivaciones de los profesionales es la que diferencia tres tipos de motivación: extrínseca, intrínseca y trascendente. Como motivación extrínseca incluimos lo que el cirujano espera conseguir como consecuencia de su relación con la organización (por ejemplo: el salario); como motivación intrínseca nos referimos a la sensación de bienestar que el cirujano consigue tras sentirse realizado profesionalmente (por ejemplo: efectuar intervenciones complejas o novedosas) y como motivación trascendente hacemos alusión a un grupo complejo de sensaciones que hacen referencia a los valores (amistad, compañerismo, prestigio, etcétera).³⁸

Otros modelos de clasificaciones más clásicos plantean un equilibrio o pugna entre objetivos éticos y objetivos materiales. Feldstein diferencia entre renta, ocio y características del trabajo;³⁹ y Zweifel lo hace entre renta, ocio, prestigio y preocupación ética.⁴⁰ Pese a estos intentos de clasificación, el análisis de la motivación supone un problema complejo al que habría que añadir un factor propio de individuo (genético) que marca la tónica de su felicidad a lo largo de la vida.⁴¹ Si nos ceñimos a un incentivo tan simple como el salario, se pueden optar por dos posturas opuestas, no exentas de problemas: si se remunera a los profesionales de forma variable (como sería deseable, al menos en parte) entramos en el problema de medir exactamente el comportamiento o esfuerzo del profesional, ya que la actividad médica está llena de variables difíciles de medir (esfuerzo, trabajo en equipo, calidad científico-técnica, satisfacción de los usuarios, etcétera); si se opta, como es habitual dada su menor complejidad, por una retribución fija independiente de cualquier medida, se pierde un poderoso instrumento de motivación y se renuncia a incentivar en función del producto. En un

sistema tan jerarquizado como los distintos servicios de salud, caracterizados por la estabilidad del empleo y la relativa imposibilidad de sancionar conductas perniciosas, este tipo de retribución fija conduce a una mentalidad burocrática y a una política del mínimo esfuerzo.⁴²

La finalización durante el año 2001 del proceso de transferencias sanitarias, así como el importante cambio legislativo acaecido tras la aprobación de cuatro leyes que regulan las políticas laborales y retributivas del conjunto de Sistema Nacional de Salud (Modelo de financiación autonómica, Ley de Coordinación y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el nuevo Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias), son los instrumentos de los que se ha dotado el Sistema Nacional de Salud para regular la motivación, los incentivos y retribuciones de los profesionales sanitarios. Sin embargo, estos cambios han dado pocos resultados.

El proceso de las transferencias está generando una dinámica inflacionista ya que cada autonomía se ve obligada a incrementar las retribuciones de los profesionales en función de lo que se hace en el resto, sin que el Ministerio de Sanidad sea capaz de frenar esta dinámica. Este hecho conduce a dos consecuencias: por una parte, a un escenario financieramente insostenible, y, por otra, mantiene un agravio comparativo permanente entre los profesionales, cuya principal motivación es no ser los peor pagados del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Pese a la conveniencia de vincular parte del salario a la obtención de resultados, la tendencia en todos los servicios de salud ha sido subir las retribuciones fijas y no se ha aprovechado el nuevo marco legislativo para instaurar un modelo orientado a la calidad y la eficiencia. Es más, uno de los elementos claves para conseguir este objetivo, como el desarrollo de los diferentes modelos de carrera profesional, se ha desvirtuado en un alza de sueldo generalizada y en el aumento de la burocracia. En muchos casos, esta carrera profesional basada exclusivamente en la antigüedad ha sustituido al único incentivo financiero existente asociado a la obtención de resultados, como era la productividad variable.

Conclusiones

Dentro de los hospitales conviven unos profesionales de la salud, los cirujanos, que se ven sometidos a múltiples situaciones estresantes para las cuales no han sido preparados ni adiestrados. La sociedad, los hospitales y la propia especialidad han cambiado vertiginosamente y nos encontramos ante una realidad diferente de la que se presentaba en los hospitales hace apenas una década.

La cirugía actual tiene poco que ver ya con la profesión que aprendimos, ni su cuerpo de conocimientos, ni su capacidad técnica, recursos instrumentales, presión asistencial, objetivos de gestión, control de calidad, análisis de valores, búsqueda de la satisfacción del usuario. Los cirujanos son médicos sometidos a gran presión, como cualquier otro trabajador de una profesión

de servicios, es decir, son personas que pueden enfermar y cuya disminución de sus capacidades influye de forma drástica en la organización del servicio y del hospital donde ejercen. Sin embargo, a pesar de esta realidad no existe todavía ninguna normativa, medida o proyecto, para prevenir, detectar, tratar y rehabilitar a un compañero con la enfermedad del “quemado”, en condiciones adecuadas de confidencialidad.

El profesional de la salud también puede enfermar y necesita en ocasiones pedir ayuda y pasarse a la posición de paciente. Hemos reflexionado acerca del gran desequilibrio a nivel organizacional (estatal, autonómico y hospitalario) que hace necesario, al menos, encontrar una relativa ponderación laboral dentro de cada servicio, entre todos sus profesionales, de forma que el trabajo pueda ser entendido como igual de gratificante y estimulante, que se mantengan parecidas opciones de formación y realización, para evitar al máximo las semillas en la que germina el síndrome de *burnout* y su posterior infección y propagación al resto del servicio, consiguiendo mantener y prolongar en el tiempo la calidad de las prestaciones ofrecidas al usuario.

Referencias

1. Freudenberger HJ. Staff-burnout syndrome in alternative institutions. *Psychother Theory Res Pract* 1974;12:73-82.
2. Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli C, Maslach C, Marek T, eds. *Professional burnout: recent development in theory and research*. Washington, DC: Taylor and Francis; 1993. pp. 1-16.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52: 397-422.
4. Ramírez AJ, Ghaham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-728.
5. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130:696-705.
6. Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. *Cir Pediatr* 2002;15:73-78.
7. Bertges W, Eshelman A, Raoufi M, Abouljoud MS. A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplant Proc* 2005;37:1399-1401.
8. Harms BA, Heise CP, Gould JC, Starling JR. A 25-year single institution analysis of health, practice and fate of general surgeons. *Ann Surg* 2005;242:520-529.
9. Lepnum R, Dobson R, Backman A, Keegan D. Factors explaining career satisfaction among psychiatrist and surgeons in Canada. *Can J Psychiatry* 2006;51:243-255.
10. Harris KA. On dissatisfaction. *Can J Surg* 2005;48:338.
11. Lineaweaver MD. Surgery... an enabling profession? *Microsurgery* 2002;22:131-132.
12. Caballero-Martin M, Bermejo-Fernández F, Nieto-Gómez R, Caballero-Martínez F. Prevalence and factors associated with burnout in a health area. *Aten Primaria* 2001;27:313-317.
13. Leiter PM, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organiz Behav* 1988;9:297-308.
14. Paine WS. Professional burnout: major costs. *Fam Community Health* 1984;6:1-11.
15. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *J Clin Health Psicol* 2004;4:137-160.

16. Stahl JE, Egan MT, Goldman JM, Tenney D, Wiklund RA, Sandberg WS, et al. Introducing new technology into the operating room: measuring the impact on job performance and satisfaction. *Surgery* 2005;137:518-526.
17. Anderson KD, Mavis BE, Dean RE. Feeling the stress: perceptions of burnout among general surgery program directors. *Curr Surg* 2000;57:46-50.
18. Davenport DL, Henderson WG, Mosca CL, Khuri SF, Mentzer RM. Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical teams but not with scale measures of teamwork climate, safety climate or working conditions. *J Am Coll Surg* 2007;205:778-784.
19. Lingard L, Espin S, Whyte S. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Health Care* 2004;13:330-334.
20. White AA, Pichert JW, Bledoe SH. Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol* 2005;105:1031-1038.
21. Tizon JL. Burnt-out professionals, disillusioned professionals or professionals with psychopathological disorders? *Aten Primaria* 2004;33:326-330.
22. Jones JW. Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. In: Jones JW, ed. *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions*. Park Ridge, IL: London House Press;1981. pp. 107-126.
23. Gadacz TR. A changing culture in interpersonal and communication skills. *Am Surgeon* 2003;69:453-458.
24. McHenry CR. In search of balance: a successful career, health and family. *Am J Surg* 2007;193:293-297.
25. Hernández-Zamora GL, Olmedo-Castejón E. Un estudio correlacional acerca del síndrome de "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes Psicol* 2004;22:121-136.
26. Fernández MI, Villagrasa JR, Fe M, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV, et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Publica* 1995;69:487-497.
27. Green A, Duthie HL, Young HI. Stress in surgeons. *Br J Surg* 1990;77:1154.
28. Wolfberg E. Social crisis and occupational fatigue among health professionals: warnings and resources. *Vertex* 2003 Dec-2004;14:268-279.
29. Hutter MM, Kellogg KC, Ferguson CM, Abbott WM, Warsaw AL. The impact of the 80-hour resident work week on surgical residents and attending surgeons. *Ann Surg* 2006;243:864-875.
30. López-Morales A, González-Velázquez F, Morales-Guzmán MI, Espinoza-Martínez CE. The burnout syndrome in medical residents working long periods. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45:233-242.
31. Myers JS, Bellini LM, Morris JB, Graham D, Katz J, Potts JR, et al. Internal medicine and general surgery residents' attitudes about the ACGME duty hours regulations: a multicenter study. *Acad Med* 2006;81:1052-1058.
32. De Virgilio C, Yaghoobian A, Lewis RJ, Stabile BE, Putman BA. The 80-hour resident workweek does not adversely affect patient outcomes or resident education. *Curr Surg* 2006;63:435-439.
33. Zaré SM, Galanko JA, Behrns KE, Sieff EM, Boyle LM, Farley DR, et al. Psychologic well-being of surgery residents alter inception of the 80-hour work week: a multi-institutional study. *Surgery* 2005;138:150-157.
34. Golub JS, Weiss PS, Armes AK, Ossoff RH, Johns MM. Burnout in residents of otolaryngology-head and neck surgery: a national inquiry into the health of residency training. *Acad Med* 2007;82:596-601.
35. Ratanawongsa N, Wright SM, Carrese JA. Well-being in residency: a time for temporary imbalance? *Med Educ* 2007;41:273-280.
36. McElearney ST, Saalwachter AR, Hedrick TL, Pruettt TL, Sanfey HA, Sawyer RG. Effect of the 80-hour work week on cases performed by general surgery residents. *Am Surg* 2005;71:552-556.
37. Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. Effect of the 80-hour work week on resident burnout. *Arch Surg* 2004;139:933-993.
38. Martin-Martin JJ. Motivación, incentivos y retribuciones de los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. *Rev Adm Sanit* 2005;3:111-130.
39. Feldstein MS. Hospital cost inflation: a study of nonprofit price dynamics. *Am Econ Rev* 1971;LXI:853-872.
40. Zweifel P. Supplier-induced demand in a model of physician behaviour. In: Van der Gaag, Perlman, eds. *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam: North-Holland Publishing Company; 1981. pp. 245-267.
41. Diener E. Subjective well-being. *Am Psychol* 2000;55:34-43.
42. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q* 2001;79:149-177.