

Editorial

Desgaste profesional: tiempo para la política sanitaria

Professional burnout: time for health policy

Vicente Ortún *

Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

Hasta 1974, *burnout* («estar quemado») era un término, un tanto despectivo, que se usaba coloquialmente para referirse a toxicómanos muy deteriorados y también a atletas y artistas cuando sus carreras dejaban de progresar. Estaban «quemados». Ese año, Freudenberg, psiquiatra voluntario en un centro de desintoxicación de Nueva York, lo usó por vez primera para referirse a profesionales sanitarios. Aludía a sus colegas, también psiquiatras voluntarios, que al cabo de un tiempo caían en la desmotivación y el agotamiento¹. Maslach, profesora de psicología en la Universidad de California, profundizó en este campo² y desarrolló el instrumento más utilizado para medirlo, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI)³. El *burnout*, como los dominios del MBI, tiene componentes de agotamiento emocional, mental y físico, despersonalización, con falta de empatía e implicación, y falta de realización personal y de motivación por influir positivamente en la salud de los pacientes.

No solo las profesiones sanitarias sufren desgaste. En los Estados Unidos, la profesión médica más que otras. No así en Dinamarca o Noruega, donde los médicos sufren un desgaste similar al de otros profesionales⁴. En España, algunos estudios sugieren una mayor vulnerabilidad para profesionales médicos, pero sin grandes diferencias con otras profesiones sanitarias o con trabajadores sociales y administrativos^{5,6}. GACETA SANITARIA publica en este número una revisión sistemática —metodológicamente impecable— sobre la prevalencia de *burnout* en los profesionales de la medicina en España⁷. Las cifras son alarmantes. Redondeando, uno de cada cuatro. Empleando diferentes criterios podrían ir desde uno de cada cinco hasta uno de cada dos. Demasiados. Y demasiadas. Aunque los datos originales no permiten ofrecer cifras con perspectiva de género, la medicina es una profesión muy feminizada.

El *burnout*, más allá del impacto en la salud de los profesionales, empeora la atención a los pacientes e incrementa —y no solo por absentismo— el despilfarro sanitario^{8–10}. Cuando entre el 20% y el 50% de los profesionales de un sistema sanitario están «quemados»⁷, el sistema se resiente. Y los pacientes y las poblaciones atendidas también. El *burnout* trasciende el problema de salud y calidad de vida de los profesionales para convertirse en un problema del sistema sanitario y de la población atendida: un problema de salud pública y de política sanitaria.

Los autores apuntan en la discusión algunas de las estrategias de solución propuestas en la literatura para abordar este problema: «cambios en los patrones laborales (p. ej., tomar más descansos, evitar el trabajo fuera del horario laboral, conciliación del trabajo con la vida personal), desarrollo de herramientas de gestión emocional (como técnicas de gestión del tiempo, de resolución de conflictos,

de relajación, de autoconocimiento, apoyo psicoterapéutico, etc.), obtención de soporte social (por parte de compañeros y familia), diversificación del trabajo (realización de tareas docentes y administrativas) e implicación en actividades fuera del trabajo (como aficiones y otros intereses personales)»⁷. Son respuestas diversas, algunas con evidencia de (modesta) efectividad. Pero, sobre todo, son respuestas de base individual, enfocadas en su mayor parte a mejorar la resiliencia de los profesionales o su recuperación tras un episodio de *burnout*.

Estas propuestas, que quizás puedan ser útiles para algunos profesionales, contrastan con el escaso conocimiento sobre la efectividad de las intervenciones organizativas y estructurales, y el nulo acerca de las intervenciones mixtas (colectivas e individuales)¹¹. Además, tienden a asumir el *burnout* como un problema asociado intrínsecamente a la actividad sanitaria (o a otras profesiones que asumen responsabilidad sobre otras personas: maestros, pilotos de avión, bomberos, etc.), sin considerar los aspectos organizativos y los recursos humanos en que se desenvuelven esas profesiones.

El Sistema Nacional de Salud, pese algunas diferencias entre comunidades autónomas, es bastante homogéneo en cuanto a la organización de sus recursos humanos. Regidos por el Estatuto Marco de 2003 —que actualizaba sin cambios de calado los estatutos previos de personal médico (1966), sanitario no facultativo (1973) y no sanitario (1971)—, los recursos humanos han mantenido incólume el régimen casi funcionarial que caracterizaba a la antigua Seguridad Social. Los criterios para seleccionar, reclutar, retener, valorar e incentivar profesionales, sanitarios o no, mantienen patrones que son un auténtico factor de riesgo para el desgaste profesional y que, además, incumplen las dos razones que normativamente justificaban su existencia: «que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud»¹².

El acceso regular a la condición de personal estatutario se realiza por concurso-oposición, vía ofertas públicas de empleo referidas al conjunto de cada servicio autonómico de salud y no específicamente para cada centro y puesto concreto. El personal estatutario, sea «en propiedad», interino o eventual, no tiene un contrato referido a un puesto de trabajo concreto, sino un nombramiento genérico de la categoría que corresponda y la especialidad requerida en su caso. Adicionalmente, las ofertas públicas de empleo, erráticas en el tiempo, tienen una gran complejidad administrativa, siendo frecuente que buena parte del personal «disfrute» de alguna forma de temporalidad¹³, o que tarden largos periodos (a veces decenas de años) en obtener la ansiada plaza «en propiedad».

La organización (y burocratización) de la atención es otro factor de riesgo. Los médicos que no pueden dedicar el tiempo suficiente a la actividad que consideran más importante tienen tres veces

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu

mayor probabilidad de «quemarse» que aquellos que pueden dedicar su esfuerzo a las actividades clínicas¹⁴. También la falta de reconocimiento, incentivación y motivación, sin olvidar que, en profesiones vocacionales y de servicio, la motivación tiene un alto componente intrínseco y, para no perderlo, hay que preservar la autonomía y la competencia profesional.

Maslach, en uno de sus primeros trabajos, ya señalaba que «[...] el desgaste no es inevitable y se pueden tomar medidas para reducir y modificar su aparición [...] muchas de las causas de desgaste no se localizan en rasgos permanentes o en las personas involucradas, sino en ciertos factores sociales y situacionales específicos que pueden ser influenciados [...]»². Probablemente el desgaste está asociado a algunas profesiones, como las sanitarias. No menos probable, también es un epifenómeno de la organización en la que se desenvuelve la actividad sanitaria. Tiempo, pues, para la política sanitaria y la innovación organizativa. En el Sistema Nacional de Salud existe espacio para reformas consensuables¹⁵ que permitan una gestión autónoma y responsable en la que sea inevitable emplear criterios racionales para seleccionar por mérito, reclutar según el puesto a cubrir, valorar e incentivar y, en resumen, para conseguir una organización que no sea una fábrica de agotamiento y desgaste profesional.

Contribuciones de autoría

V. Ortún es el único autor del editorial.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Soc Issues.* 1974;30:159–65.
2. Maslach C. Burned-out. *Can J Psychiatr Nurs.* 1979;20:5–9.
3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
4. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018;283:516–29.
5. Vilà M, Cruzate C, Orfila F, et al. Burnout and teamwork in primary care teams. *Aten Primaria.* 2015;47:25–31.
6. Roig-Grau I, Fornés-Ollé B, Rodríguez-Roig R, et al. Burnout en profesionales de atención primaria en la Cataluña Central. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2022;25:86–100.
7. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, et al. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gac Sanit.* 2024;10384.
8. Dewa CS, Loong D, Bonato S, et al. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7:e015141.
9. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence relating health care provider burnout and quality of care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2019;171:555–67.
10. Sinsky CA, Shanafelt TD, Dyrbye LN, et al. Health care expenditures attributable to primary care physician overall and burnout-related turnover: a cross-sectional analysis. *Mayo Clin Proc.* 2022;97:693–702.
11. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388:2272–81.
12. Meneu R. Reclutamiento, selección y retención de profesionales en servicios de salud de gestión directa. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit.* 2024;38, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102381>.
13. Repullo Labrador JR, Freire Campo JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 2: el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit.* 2024 Feb 13. S0213-9111(24)00015-3. doi: 10.1016/j.gaceta.2024.102368. Online ahead of print.
14. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med.* 2009;169:990–5.
15. Negrín MA, Ortún V. Gestión de recursos humanos: vías de avance consensuables en sanidad. Informe SESPAS 2024. *Gac Sanit.* 2024;38, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102394>.