

Terapia Intensiva: ¿especialidad sin futuro?

MARTÍN DEHEZA

Jefe de Terapia Intensiva, Hospital "B. Rivadavia"
Director, Carrera Especialista en Terapia Intensiva, Universidad del Salvador
Ex Vicepresidente del CATI

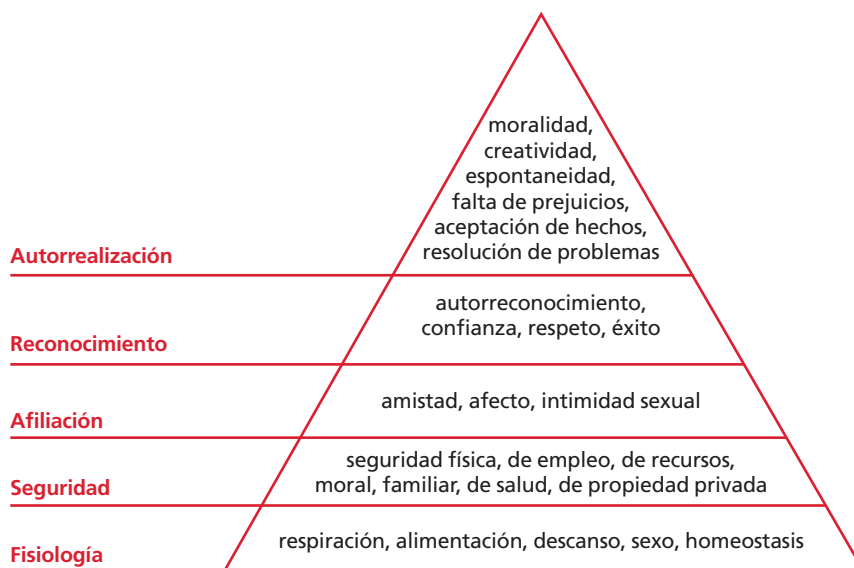
El miércoles 28 de julio, el CATI llamó a reunión con relación al estado de las Unidades de Terapia Intensiva en el sector público. Las deficiencias se definieron por la falta de estructura y de personal para abrir mayor cantidad de camas. La existencia de mayor demanda de cuidados críticos es una realidad, haciéndose notar la falta de médicos especialistas en Terapia Intensiva.

El problema actual es la falta de profesionales interesados en la especialidad. En todas las reuniones que se plantea el problema del déficit, se hace hincapié en el valor de la Guardia como si el dinero fuera el único o principal factor que ocasiona una merma de especialistas todos los años.

Diferente punto de vista para acercarse al problema es conocer: "La Pirámide de Maslow", teoría sobre la **motivación humana**. Maslow formula una jerarquía de necesidades humanas y defiende que, conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide).

Si nos preguntamos empíricamente ¿cuáles son las necesidades insatisfechas del intensivista? Podemos suponer que las necesidades **básicas fisiológicas** están satisfechas (base de la pirámide). Subiendo en jerarquía, **la seguridad**, aquí no podemos sentir plena satisfacción, los empleos son inseguros, ya sea por falta de relación contractual justa o por las agresiones psíquicas y a veces físicas que sufren los médicos. La remuneración magra también es una forma de inseguridad.

Las fuerzas de crecimiento de un profesional nos llevan al estrato de la **Afiliación**: estas son las necesidades de asociación, participación y aceptación. Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. En la tercera necesidad, nos encontramos con la mala comunicación del intensivista con el resto de las especialidades de la institución y, muchas veces, con las carencias afectivas familiares



producidas por las numerosas Guardias que obligan a ausentarse de su seno familiar en forma rutinaria.

Subiendo en la pirámide llegamos al **Reconocimiento**: Maslow describió dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja.

- La estima *alta* concierne a la necesidad del respeto a uno mismo e incluye sentimientos, tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- La estima *baja* concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria e incluso dominio.

En el logro de esta necesidad, no podemos olvidar cómo funciona el modelo de nuestra especialidad, una gran mayoría de los intensivistas se sustentan gracias al empleo de Guardia. Pasado algunos años el intensivista se encuentra con que no puede tomar responsabilidades, decisiones e inclusive deja de disfrutar de la autonomía, comunicación y satisfacción de la relación médico-paciente dentro del seguimiento horizontal, a diferencia de jefes o coordinadores de las Terapias Intensivas que reciben esta satisfacción. El reconocimiento también se reduce al trabajar el intensivista en más de dos instituciones simultáneamente.

Ahora sí observamos a la cumbre de la pirámide donde cualquier intensivista intentará llegar; Maslow utilizó varios términos para denominarla: “motivación de crecimiento”, “necesidad de ser” y “**autorrealización**”.

Son las necesidades más elevadas, ubicadas en la cima de la jerarquía y, a través de su satisfacción, se encuentra un sentido a la vida mediante el desarrollo potencial de una **actividad**. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto.

¿Cuántos de nuestros colegas intensivistas llegan a alcanzar la cima? El modelo de trabajo de Guardias múltiples de 24 h, necesidades insatisfechas en niveles inferiores de la pirámide, llevan al intensivista a conductas y pensamientos regresivos en busca de satisfacciones más primitivas. ¿Dónde estamos los intensivistas más cerca actualmente: del *burn out* o de la autorrealización?

En lo personal considero que el dinero o el reconocimiento administrativo a través de beneficios burocráticos (vacaciones, licencias, jubilación anticipada) no son respuesta al verdadero problema.

Entonces ¿dónde está el problema?

El problema está en el modelo que lleva a la Terapia Intensiva a ser la única especialidad reconocida

en el ejercicio de la asistencia del paciente crítico. En España, encontramos un modelo similar y ellos tienen las mismas dificultades. (Aunque tienen la opción de importar intensivistas de la Argentina.)

Debemos buscar un nuevo modelo que jerarquice al intensivista como un especialista multidisciplinario, no solo entrenado en tratar la falla multiorgánica, sino también en dar respuestas a dilemas morales, problemas de costos y gerenciamiento. Las sociedades deberán velar por mantener a las Terapias Intensivas con personal entrenado y certificado en cuidados críticos aunque la meta de estos médicos de Guardia sea otra especialidad afín (cirugía, anestesia, medicina interna, cardiología, etc.).

Por último, es urgente redefinir y resignificar en palabras el nombre del especialista y de la especialidad, p. ej., Medicina Intensiva y Reanimación o cualquier sinónimo que represente nuestra labor. Otra obligación es marcar límites con otras especialidades que nos llevan ventaja en el ejercicio de la profesión y la satisfacción de sus integrantes, como se demuestra en la forma de anunciarse.

“Es seguro que los pacientes críticos siempre existirán pero si nosotros los intensivistas no nos organizamos vendrán otros a buscar lo nuestro”.

Bibliografía

1. Boeree [G. Teorías de la personalidad de Abraham Maslow. Traducción: Rafael Gautier, 2003.](#)
2. Barrett H, Bion JF. An international survey of training in adult intensive care medicine. *Intensive Care Med* 2005; 31: 553-561.
3. The CoBaTrICE Collaboration. Development of core competencies for an international training programme in intensive care medicine. *Intensive Care Med* 2006; 32: 1371-1383.
4. De Lange S, Van Aken H, Burchardi H. ESICM Statement: Intensive Care Medicine in Europe - structure, organisation and training guidelines of the Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJCICM) of the European Union of Medical Specialists (UEMS). *Intensive Care Med* 2002; 28: 1505-1511.
5. Training Guidelines in Anaesthesia of the European Board of Anaesthesiology Reanimation and Intensive Care. *Eur J Anaesthesiol* 2001; 18: 563-571.
6. CoBaTrICE Project. http://www.pickereurope.org/research/Cobatrice_flyer_Oct_03.pdf (conectado 23/03/04).
7. LeapFrog Group. ICU Physician Staffing Fact Sheet. http://www.leapfroggroup.org/FactSheets/ICU_FactSheet.pdf (conectado 23/03/04).
8. Peyró R, Ginesta V, Aguilera L, Navia J, Canet J, Sánchez C, et al. Anestesiología y Medicina de Cuidados Intensivos. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2004; 51: 237-239.