

# Calidad frente a cantidad en atención primaria: ¿resolución o supervivencia?

J. Domínguez Velázquez

## Antecedentes

El nuevo modelo de atención primaria (AP) del Sistema Público de Salud arrancó en la década de los ochenta con un colectivo de profesionales sanitarios bien formados, cargados de ilusión, motivación y ganas de trabajar y de hacerlo bien. El modelo era bien sencillo: un trabajo en régimen de dedicación exclusiva en el que no sólo había actividades puramente asistenciales, sino también preventivas y de promoción de la salud. Todo ello sin dejar de lado otras facetas importantes del trabajo médico, como la docencia y la investigación. Echaban a andar los nuevos y flamantes centros de salud.

Desde entonces, el modelo ha sufrido una transformación profunda, para entrar en los últimos años en un deterioro progresivo, cuyas causas son múltiples<sup>1</sup>: aumento de la población cubierta por el sistema, envejecimiento de ésta, inmigración, empuje de las nuevas tecnologías, incremento en las expectativas de salud, aumento de servicios ofertados, asunción de tareas y atención a enfermedades que antes lo eran por otros ámbitos asistenciales, mejor detección y seguimiento de enfermedades crónicas, accesibilidad máxima sin ningún tipo de filtro, tiempos nulos de demora, etc. Todo ello ha conducido, sobre todo en el medio urbano y semiurbano, a una progresiva complejidad y masificación de las consultas, agobios y prisas en el trabajo, escaso tiempo por paciente, exceso de tareas burocráticas, etc., sin el correspondiente aumento de recursos por parte de la adminis-

tración para afrontar el aumento de la carga asistencial.

En estas circunstancias, la motivación, la ilusión iniciales y los mismos logros de la reforma están en grave peligro, pues nos vemos obligados a trabajar en unas condiciones que no consideramos dignas y nos vemos incapaces, por las prisas, el exceso de pacientes, etc., de dar una atención sanitaria cuya calidad sería mejorable, una atención casi puramente asistencial, con merma de las labores no asistenciales (sesiones clínicas, organizativas y de calidad, reuniones con especialistas, trabajos de investigación, tutorización de médicos residentes, etc.). Por otra parte, trabajamos con una organización impuesta por la administración, en la que tenemos un margen de maniobra y una autonomía nulos, y escasas autoridad y capacidad de decisión por parte del coordinador de los centros. La organización impuesta tiene evidentes disfunciones, pues en los centros de salud existe una asunción y un reparto de tareas irracional entre los distintos colectivos, y es un verdadero despropósito que el médico pase buena parte de su jornada rellenando papeles. En nuestro actual sistema, para la administración, para nuestros gestores, lo que prima e importa es, estirando todo lo posible el presupuesto, atender a todo el mundo sin demoras, aunque sea en un suspiro. La calidad asistencial, la eficiente resolución de problemas, las condiciones laborales, etc., todo eso es letra pequeña en su manual de procedimiento.

## Dos modelos de consulta, dos modelos de atención

Imaginemos dos modelos de consulta en atención primaria:

- Modelo A: 25-30 pacientes, un tiempo medio por paciente de 8-10 min.
- Modelo B: 50-60 pacientes, un tiempo medio por paciente de 4-5 min.

Médico de Atención Primaria. Centro de salud Almozara. Zaragoza. España.

Correspondencia:  
Jesús Domínguez Velázquez.  
C/ Cardenal Gomá, 3, 2.º A. 50009 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: jdominguezv@terra.es

## LECTURA RÁPIDA

▼ El nuevo modelo de atención primaria del Sistema Público de Salud arrancó en la década de los ochenta con un colectivo de profesionales sanitarios bien formados, cargados de ilusión, motivación y ganas de trabajar y de hacerlo bien.

▼ El modelo ha sufrido en los últimos años un deterioro progresivo, cuyas causas son múltiples: aumento de la población cubierta por el sistema, envejecimiento de ésta, inmigración, empuje de las nuevas tecnologías, incremento en las expectativas de salud, aumento de servicios ofertados, asunción de tareas y atención a enfermedades que antes lo eran por otros ámbitos asistenciales.

▼ Trabajamos con una organización impuesta por la administración, en la que tenemos un margen de maniobra y una autonomía nulos, y escasas autoridad y capacidad de decisión por parte del coordinador de los centros.

 LECTURA RÁPIDA

▼ La calidad asistencial, la eficiente resolución de problemas, las condiciones laborales, todo eso es letra pequeña en su manual de procedimiento.

**Dos modelos de consulta, dos modelos de atención**

- Modelo A: 25-30 pacientes, un tiempo medio por paciente de 8-10 min.
- Modelo B: 50-60 pacientes, un tiempo medio por paciente de 4-5 min.

▼ La eficacia y resolutividad del primer modelo son muy superiores a las del segundo, se abordan más problemas y mejor; se prescriben menos fármacos y de modo más racional; se producen menos derivaciones tanto a consultas externas de especialidades como al hospital.

▼ El modelo A corresponde a una consulta resolutiva, eficiente, proactiva, satisfactoria para el binomio médico-paciente y motivadora. Y con tiempo para tareas no asistenciales.

▼ El segundo modelo, en el que estamos entrando a buen ritmo, tiene las consecuencias inversas a las ventajas antedichas.

La eficacia y resolutividad del primer modelo, empleando el mismo tiempo total de consulta, son muy superiores a las del segundo, pues disponer de más tiempo por consulta tiene múltiples ventajas<sup>2-7</sup>, obvias por otra parte: se abordan más problemas y mejor; se prescriben menos fármacos y de modo más racional; se producen menos derivaciones tanto a consultas externas de especialidades como al hospital, con la consiguiente reducción de listas de espera; se puede hablar, escuchar, pactar con el paciente la mejor alternativa a sus problemas, aclarar sus dudas; se abordan mejor los problemas psicosociales, en aumento; se puede indagar sobre problemas sospechados, pero no declarados; mejora la comunicación y la confianza, básicas en la relación médico-paciente; aumenta la satisfacción de ambos; se previene el *burnout*; disminuye la frecuentación; etc. Dicho de otra manera, el modelo A corresponde a una consulta resolutiva, eficiente, proactiva, satisfactoria para el binomio médico-paciente y motivadora. Y con tiempo para tareas no asistenciales.

El segundo modelo, en el que estamos entrando a buen ritmo, tiene las consecuencias inversas a las ventajas antedichas: escueto y telegráfico abordaje de problemas, con el consiguiente riesgo de errores; la prescripción farmacéutica se resiente de modo negativo; hay más derivaciones a otros ámbitos asistenciales, con su correspondiente repercusión negativa en las listas de espera; la comunicación verbal se reduce a mínimos; los problemas psicosociales brillan por su ausencia porque no se indagan, y lo mismo pasa con los sospechados, pero no declarados; la empatía, la confianza, la satisfacción quedan extraviadas; el *burnout* está presente o al acecho permanente; la frecuentación crece y se cierra un círculo vicioso; etc. Es decir, el modelo B corresponde a una consulta no resolutiva, ineficiente, de supervivencia, asilvestrada, insatisfactoria para médico y paciente, desmotivadora, generadora de más demanda... y más cara. Obvia comentar qué ocurre con el resto de actividades.

Tratamos de trabajar con las actitudes del modelo A, pero en las circunstancias de masificación del modelo B, con el consiguiente retraso, prisas, agobio, etc. Esto es, misión imposible. El trabajo, según el pri-

mer modelo, exige limitar el número de pacientes por jornada. Y los médicos también somos humanos (léase con limitaciones y potenciales enfermos). No es compatible el modelo B con un adecuado rendimiento del profesional y, a medio plazo, conduce al agotamiento, al *burnout* y a trabajar con las actitudes negativas de dicho modelo.

**¿Qué modelo queremos?**

¿Qué modelo quieren nuestros gestores, nuestros políticos?; ¿qué atención primaria quieren?, ¿la de calidad o la de cantidad?, ¿la eficiente y resolutiva, o la contraria?; ¿qué actitudes prefieren en los profesionales?, ¿las proactivas, de querer resolver, o las de supervivencia, de procurar terminar el día no demasiado tocado?

Nuestras sucesivas administraciones nos están conduciendo, en picado, al segundo modelo. Porque para ellas prima que el paciente sea atendido (¿atendido?) con accesibilidad máxima y prontitud. Que salga todo adelante, sea como sea.

¿Es posible mejorar?; ¿es posible acercarse al modelo A? Sí, es posible. Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>8</sup> apunta que España tiene, a pesar de todo lo referido, una atención primaria (AP) de calidad y muy bien valorada, con la mejor accesibilidad entre los países de su entorno europeo y con un menor gasto<sup>9</sup>, referido en porcentaje del PIB. El mismo informe refiere otras cuestiones menos vistosas: España es el país en el que el médico de AP ve a más pacientes (un 40% por encima de la media), el país que menos médicos tiene en ese primer nivel asistencial (porcentaje respecto del total en ejercicio), y el que menos tiempo medio por consulta dedica a sus pacientes.

Asimismo, expertos en sistemas públicos de salud afirman<sup>10</sup> que una atención primaria fuerte, de calidad y bien dotada de recursos reduce la inequidad en cuestiones de salud, reduce la iatrogenia y es más eficiente y económica, debido a la mejor resolución de problemas en el primer nivel, a la menor derivación a otros niveles y a la reducción de las listas de espera.

Sí, es posible mejorar. Es necesario aportar más recursos a la AP, por la calidad de la asistencia, por la dignidad en las condicio-

nes de trabajo. Hay margen económico para ello, pero hace falta voluntad política. Y nosotros, los médicos «de a pie», no queremos ser cómplices de la muerte, por inanición, desidia, desesperanza, olvido, de nuestro sistema público de salud.

## Bibliografía

1. Encuesta Vasca de Salud de 1997. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, 1998.
2. Blumenthal D, Causino N, Chang YC, Culpepper L, Marder W, Saglam D, et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999;48:264-71.
3. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, Cebul RD, Stange KC. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47:133-7.
4. Doring LA. Communication problems of the chronically ill. *Aust Fam Physician* 1992;21:791-3.
5. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time, the patient-physician relationship and manager care. *J Gen Intern Med* 1999;14(Suppl 1): S34-40.
6. Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *BMJ* 2001;323:266-8.
7. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Vitoria: Instituto @pCOM, 2001.
8. Informe de la OMS: Health Care Systems in Transition. Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europe. 2000. AMS 5012667(SPA) Target 19, 2000.
9. Bengoechea E, Del Llano JE. Las cifras del sistema sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España (1980-1994). En: Navarro C, Cavasés JM, Tormo MJ, editores. La salud y el sistema sanitario en España: informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores, 1995.
10. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.

► LECTURA RÁPIDA

### ▼ ¿Qué modelo queremos?

¿Qué modelo quieren nuestros gestores, nuestros políticos?: ¿qué atención primaria?, ¿la de calidad o la de cantidad?, ¿la eficiente y resolutiva, o la contraria?: Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud apunta que España tiene, a pesar de todo lo referido, una atención primaria de calidad y muy bien valorada.

▼ El mismo informe refiere que España es el país en el que el médico de AP ve a más pacientes (un 40% por encima de la media), el país que menos médicos tiene en ese primer nivel asistencial y el que menos tiempo medio por consulta dedica a sus pacientes.

▼ Expertos en sistemas públicos de salud afirman que una atención primaria fuerte, de calidad y bien dotada de recursos reduce la inequidad en cuestiones de salud.