

¿Contratar más suplentes puede ser una herramienta para mejorar la racionalidad de la prescripción?

Objetivo. El objetivo del presente estudio es determinar si hay asociación entre el gasto en suplencias y el gasto en medicamentos en los equipos de atención primaria (EAP).

Diseño. Estudio observacional, transversal.

Emplazamiento. Un área de salud de Madrid (Área 2), en el año 2000.

Participantes. Los 21 EAP del Área, considerado cada uno como un individuo de estudio.

Mediciones principales. En cada EAP se midieron las siguientes variables: *a*) cumplimiento o no del presupuesto en suplencias; *b*) cumplimiento o no del presupuesto del gasto en medicamentos; *c*) proporción de ausencias de profesionales en los que ha habido suplente; *d*) indicador de ajuste a las recomendaciones del área sobre el uso racional de medicamentos (URM); *e*) gasto público en medicamentos por habitante (ponderado), y *f*) incremento del gasto público en medicamentos por habitante ponderado con respecto al año anterior.

Resultados. La asociación entre el cumplimiento presupuestario en suplentes y en medicamentos no fue estadísticamente significativa. La asociación entre el porcentaje de suplencias (esfuerzo en la absorción de ausencias sin suplente) y las variables de esfuerzo en la contención del gasto en medicamentos (ajuste URM, gasto/habitante e incremento gasto/habitante) se presentan en la tabla 1. En la ecuación de regresión lineal del porcentaje de suplencias (variable dependiente, expresada en porcentaje) con el incremento gasto/habitante (variable independiente, expresada en pacientes/habitante), el coeficiente de la variable independiente, $b = 3.563$, no resultó estadísticamente significativo ($p > 0,05$).

Discusión. No se ha encontrado ningún trabajo, similar al presente, que estudie la asociación entre el esfuerzo en suplencias y

TABLA 1. Asociación entre el porcentaje de suplencias y el esfuerzo en farmacia en los 21 equipos de atención primaria de un área de salud de Madrid (Área 2) en el año 2000

	Variable dependiente	Coeficiente de correlación	Significación del coeficiente de correlación	Coeficiente de la variable independiente (porcentaje de suplencias)	Significación del coeficiente de la variable independiente
Asociación del porcentaje de suplencias (variable independiente) con	Ajuste URM Gasto/habitante Incremento gasto/habitante	$r = -0,02$ $r = 0,35$ $r = -0,44$	$p = 0,93$ $p = 0,12$ $p = 0,048$	$b = 3.563$	$p > 0,05$

el esfuerzo en URM. En el presente trabajo no se ha encontrado una asociación clara entre gasto en suplentes y gasto en farmacia. A efectos prácticos, no parece que un incremento del gasto en suplentes, para mejorar la motivación, vaya a suponer una contención del gasto en farmacia por una mayor implicación (sin perjuicio de que el incremento de gasto en suplentes sea deseable por otros motivos, opinión ésta que, por cierto, sostienen los autores). Dado que la hipótesis de la que parte este estudio parece razonable *a priori*, podrían realizarse nuevos estudios sobre el tema en los que se determine la motivación del profesional en el aspecto gestor de prescribir y el grado de satisfacción del profesional ante la suplencia de un compañero, utilizando muestras mayores.

Conclusión. No se ha encontrado asociación entre los cumplimientos presupuestarios de suplencias y farmacia. Se ha encontrado una dudosa asociación entre el esfuerzo en suplencias y en farmacia.

Agradecimientos

A la Gerencia de Atención Primaria del Área 2 por autorizar y colaborar en el estudio que hemos realizado, especialmente a los departamentos de personal, farmacia y secretaría.

Gerardo Garzón González^a,
Arantxa Orozco Sanmartín^a,
Alejandro Maganto Sancho^a
y Pedro García Gómez^b

^aEAP Federica Montseny. Área 1. Instituto Madrileño de la Salud. Madrid. España.

^bÁrea 1. Instituto Madrileño de la Salud. EAP Villa de Vallecas. Madrid. España.

- Freemantle N, Bloor K. Lessons from International experience in controlling pharmaceutical expenditure. I: influencing patients. *BMJ*. 1996;312:1469-71.
- Bloor K, Freemantle N. Lessons from International experience in controlling pharmaceutical expenditure. II: influencing Doctors. *BMJ*. 1996;312:1525-7.
- Cabedo V, Poveda JL, Peiró S, Nacher A, Goterris MA. Factores determinantes del gasto por prescripción farmacéutica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1995; 16:407-16.
- Armstrong D, Reyburn H, Jones RA. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behavior. *BMJ*. 1996;312:949-52.
- Maynard A. Incentives for cost-effective physician behavior. *Health Policy*. 1987; 7:189-201.

Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos

Objetivo. Conocer la situación de *burnout* en los médicos de atención primaria (AP) de Burgos y las variables asociadas.

Diseño. Estudio transversal, descriptivo.

Emplazamiento. Todos los centros de AP de la provincia de Burgos.

Participantes. La totalidad de médicos de AP excepto los de urgencia, pediatría y residentes (por tener un perfil de trabajo distinto).

Mediciones principales. Cuestionario anónimo autoadministrado con:

Palabras clave: Costes de personal sanitario. Gasto en medicamentos. Atención primaria de salud.

- Gené J, Catalá R. Utilización de los medicamentos. En: Martín Zurro A, Cano JF, editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4.^a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

Palabras clave: Burnout. Calidad asistencial. Médicos de atención primaria. Comunicación.

TABLA 1. Distribución de las variables relacionadas con las dimensiones del *burnout*

	CE alto	DP alto	RP baja	BO
Antigüedad en el centro actual	a			a
≤ 1 año	45,80%	30,50%	30,50%	57,60%
> 1 año	62,60%	40,40%	40,40%	73,70%
Localización del centro de salud	a			a
Rural	49%	35%	36%	62%
Urbano	68,90%	39,30%	37,70%	77%
Número de km totales diarios	a	a		b
≤ 50	63,30%	45,60%	41,10%	75,60%
> 50	44,60%	26,20%	30,80%	55,40%
Cupo	a			
< 1.500	50%	35,70%	36,70%	62,20%
≥ 1.500	67,20%	37,90%	36,20%	75,90%
Presión asistencial	a			a
< 30	45,20%	30,10%	34,20%	58,90%
≥ 30	65,50%	42,50%	37,90%	74,70%
Coordinación enfermería adecuada	a	a		
No	69,10%	47,30%	45,50%	74,50%
Sí	50,50%	31,40%	32,40%	64,80%
Comunicación institucional adecuada	b			a
No	61,80%	39,70%	37,50%	70,60%
Sí	28,60%	19%	33,30%	52,40%

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal; BO: *burnout*.

^ap < 0,05. ^bp < 0,01.

– Maslach Burnout Inventory (MBI)¹ que valora el desgaste profesional en 3 dimensiones: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP).

– Variables sociodemográficas, red social, hábitos de vida, formación, características

laborales, a las que se añadieron otras de comunicación interna no utilizadas hasta ahora.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS versión 11.0. Primero se compararon las características de los médi-

cos que respondieron a la encuesta con la población de médicos de AP del Área, se obtuvieron los valores medios y las desviaciones estándar de las variables; las comparaciones se realizaron mediante el test de la χ^2 , prueba exacta de Fisher y el test de la t de Student; por último, se realizó un análisis de regresión logística por pasos para valorar la relación de las variables con el *burnout*.

Resultados. Se obtuvo una tasa de respuesta del 51,38%. No se obtuvieron diferencias significativas en las características de los médicos que respondieron con la población de referencia. La edad media fue de $47,1 \pm 5,7$ años, había un 60% de varones, el 61,2% ejerce en el medio rural, destaca un 37,7% de médicos con menos de un año de antigüedad en el centro actual; más del 80% cree que la coordinación con la atención especializada y la comunicación institucional son inadecuadas.

El 67,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 61,8-75,5) presentó *burnout*, la tercera parte (21,6%) en grado máximo. La dimensión CE presentó una elevada puntuación en el 56,8%, frente al 37% en las otras dos (DP y RP). Las variables asociadas significativamente con alguna de las dimensiones o el *burnout* se recogen en la tabla 1. En el análisis multivariable, el *burnout* se asocia con los centros de salud urbanos.

Discusión y conclusiones. La prevalencia de *burnout* es alta, aunque similar a la de otros estudios nacionales (fig. 1), ya que el estudio con mayor prevalencia² considera el *burnout* moderado-alto; pero lo más destacable es que el 21,6% presenta el nivel máximo de desgaste profesional, mientras que en los otros estudios oscila entre el 10%³ y algo más del 12%^{4,5}.

La mayoría de las variables relacionadas con el *burnout* están asociadas con la dimensión CE que es, de las tres, la que más diferencias aporta² y la que mejor valora la presencia del síndrome⁶. La comunicación institucional inadecuada aparece relacionada con el *burnout* y el CE; de hecho, uno de los factores de riesgo identificados para el *burnout* es el relacionado con la organización¹; la mejora de la comunicación interna puede ayudar a mejorar las expectativas de los médicos de AP y prevenir el *burnout*, mejorando la calidad asistencial.

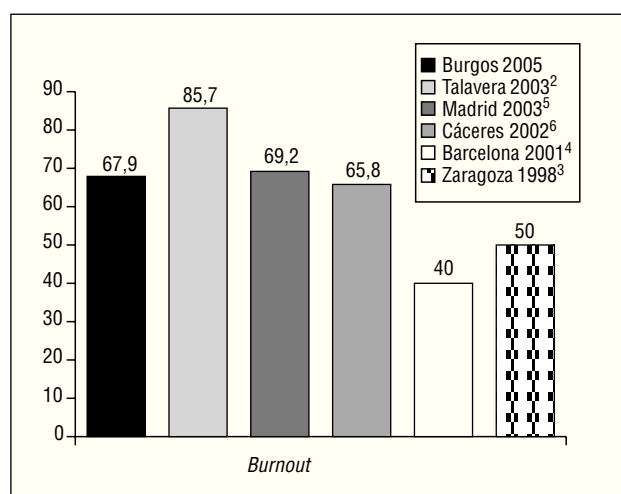


Figura 1. Grado de *burnout* (BO) alto en alguna de las dimensiones en médicos de atención primaria españoles.

En el análisis multivariable, la localización urbana del centro aparece relacionada con el *burnout* y aglutina un cupo y una presión asistencial elevados ya contemplados en otros estudios^{3,5,6}.

Agradecimientos

A los compañeros que dedicaron parte de su tiempo para responder la encuesta y la inestimable colaboración de la Gerencia de AP de Burgos, que han posibilitado este trabajo para todos.

Ángel Carlos Matía Cubillo^a, José Cordero Guevara^b, Javier Mediavilla Bravo^c y María José Pereda Riguera^d

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Medicina de Familia. Centro de Salud Pampliega. Pampliega. Burgos. España.

^bTécnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Burgos. España. ^cMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pampliega. Pampliega. Burgos. España.

^dMedicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Burgos. España.

1. González Corrales R, De la Gándara Martín JJ. El médico con *burnout*: conceptos básicos y habilidades prácticas para el médico de familia. Madrid: Ed. IM S.A.; 2004. p. 1-82.
2. Martínez de la Casa Muñoz A, Del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Frago A. Estudio sobre la prevalencia del *burnout* en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Aten Primaria. 2003;32:343-8.
3. De Pablo González R, Suberviola González JF. Prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 1998;22:580-4.
4. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. Aten Primaria. 2001;27:459-68.
5. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cermeño C. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. Aten Primaria. 2003;31:564-71.
6. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. *Burnout* en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria. 2002;29:294-302.

Factores que afectan al reclutamiento de un ensayo clínico en atención primaria

Objetivo. Detectar qué factores influyen en que los investigadores del ensayo clínico abierto ISTAPS¹ (Efectividad de una Intervención Escalonada para Ayudar a Dejar de Fumar desde la Atención Primaria) logren una selección exitosa.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Área 11 de atención primaria, 4 centros de salud.

Participantes. En total, 24 profesionales investigadores (12 facultativos médicos y 12 enfermeros).

Mediciones principales. Variable dependiente: captación media durante el primer trimestre de selección. Variables principales^{2,3}: pertenencia al grupo control o intervención, a uno u otro centro de salud, estamento profesional (médico/enfermera), turno laboral (mañana/tarde) y presión asistencial (pacientes atendidos en consulta/día). Como variables secundarias: errores metodológicos al cumplimentar la recogida de datos, captación según día y franja horaria, listado semanal de pacientes incluidos y petición de material adicional. Análisis de los datos mediante el programa informático SPSS 10.0 (nivel de confianza del 95%).

Resultados. De los 24 investigadores, el 62,5% son mujeres y el 32,5% son varones. La media de edad es de 45 ± 11 años. El 58,3% trabaja en turno de mañana. Durante el primer trimestre seleccionan a un 30% (72/240) del total de pacientes requeridos. Cumplen con la captación el 58,3% de las enfermeras y el 41,6% de los médicos, un 57,1% de los investigadores del turno de mañana y un 40% de los investigadores de la tarde. No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas. También superan la media de captación el 75% de los investigadores del grupo intervención y el 25% del grupo control; la prueba exacta de Fisher muestra asociación entre pertenecer

al grupo intervención y cumplir con la captación ($p = 0,016$). Evidenciamos que, a mayor presión asistencial en las consultas, menor captación, pero la diferencia no es significativa ($p = 0,193$). El 58,3% de los investigadores comete errores en la captación por día o franja horaria. Un 66,7% necesita contactar con la Unidad de Investigación a través de su becaria, para esclarecer algún aspecto del estudio.

Discusión y conclusiones. Al igual que en otros estudios, la asignación aleatoria al grupo intervención parece ser un factor independiente para cumplir con la selección. Se cree debido a una mayor motivación del grupo intervención respecto del grupo control⁴. La reiteración de errores apreciados en la cumplimentación de los datos, puede explicarse fundamentalmente porque: a) los profesionales precisan un período de aprendizaje; b) la recolección de datos es compleja, y c) disponen de poco tiempo en la consulta, por lo que es fácil cometer errores⁵. Creemos que la revisión del protocolo y del material con los participantes es esencial para detectar exigencias metodológicas alejadas de la realidad de las consultas⁶ (falta de tiempo y sobrecarga asistencial). La investigación en equipo es una estrategia eficaz para aliviar la sobrecarga laboral. Creemos que el apoyo del becario garantiza la validez y calidad de las intervenciones en atención primaria.

Alicia Ramos Martín^a,
Julia Domínguez Bidagor^b,
Elena Méndez-Bonito González^c
y Ramón Cuenca Ruiz-Pérez^d

^aUnidad de Formación e Investigación. Gerencia Área 11 de Atención Primaria. Medicina de Familia. Madrid. España.

^bUnidad de Calidad. Gerencia Área 11 de Atención Primaria. Psicología Clínica. Madrid. España. ^cCentro de Salud General Ricardos.

Área 11 de Atención Primaria. Madrid. España. ^dCentro de Salud Legazpi. Área 11 de Atención Primaria. Madrid. España.

Palabras clave: Atención primaria. Investigación. Ensayo clínico. Selección. MESH.

1. Efectividad de una Intervención Escalonada para Ayudar a dejar de fumar desde la Atención Primaria de Salud (ISTAPS). Investigadora principal: Carmen Cabezas Sanz. Agencia Financiadora: Instituto de Salud Carlos III. FIS: PI 021471. 2003- 2006. Red IAPP. Código 2001.

2. Foy R, Parry J, Duggan A, Delaney B, Wilson S, Lewin van den Broek Nth, Lassen A, et al. How evidence based are recruitment strategies to randomized controlled trials in primary care? Experience from seven studies. *Fam Pract.* 2003;20:83-92.
 3. Sellors J, Cosby R, Trim K, Kaczorowski J, Howard M, Hardcastle L, et al, for the Senior Medication Assessment Research Trial (SMART) Group. Recruiting family physicians and patients for a clinical trial: lessons learned *Fam Pract.* 2002; 19:99-104.
 4. Moore H, Summerbell CD, Vail A, Greenwood DC, Adamson AJ. The design features and practicalities of conducting a pragmatic trial of obesity management in primary care. *Statist Med.* 2001;20:331-40.
 5. Cevallos García C, Garrido Elustondo S, López Orive MA, Cervera Barba E, Estirado Gómez A. Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos. *Aten Primaria.* 2004;34:520-7.
 6. Prout H, Butler C, Kinnersley P, Robling M, Hood K, Tudor-Jones R. A qualitative evaluation of implementing a randomized controlled trial in general practice. *Fam Pract* 2003;20:675-81.
-