

ORIGINALES

Impacto económico y laboral de la no suplencia en atención primaria. Por qué y cómo debemos medirlo

V. Martín Moreno^a, C. Domingo Rodríguez^b y B. Blond Arredondo^c

Centro de Salud San Fernando. Móstoles (Madrid).

Objetivo. Cuantificar el impacto de la no suplencia a nivel laboral (sobrecargas medias en tiempo [SMT] y en usuarios [SMU]) y económico. Calcular el tiempo real efectivo trabajado (TRET).

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Atención primaria. Centro de Salud San Fernando, Móstoles (Madrid).

Participantes. Los 41 componentes del equipo.

Mediciones y resultados principales. Registro de permisos durante 1999, contabilización económica y laboral. Comparar la suma cupo medio por turno-SMU con el estándar oro: Real Decreto 1.575/1993.

Del coste de los permisos solicitados (19.589.226 pts.), un 72,63% (14.227.538 pts.) es asumido por el equipo (coste negativo, impacto económico). La SMT por profesional es de 6,6 semanas/año para médicos, 6,5 para enfermeras y 4,2 para pediatras. El TRET medio por profesional es de 44,1 semanas/año para pediatras, 39,4 para médicos y 39,1 para enfermeras. La SMU al ausentarse un profesional eleva los cupos a 2.471 (medicina) y 2.179 (pediatría) en el turno de mañana y a 2.296 (medicina) y 1.662 (pediatría) en el de tarde.

Conclusiones. El equipo asume la mayor parte de la carga económica, sin ninguna contraprestación. La SMT es elevada y supera al número de semanas/año de permiso reglamentario, por lo que en la práctica cada profesional recupera el tiempo de permiso. El TRET es muy inferior a las 52 semanas sobre las que se evalúa al equipo. Con la SMU actual se vulnera con frecuencia el RD 1.575/1993. Se propone que los coordinadores utilicen estos indicadores en la negociación del Contrato de Gestión Asistencial y la Cartera de Servicios.

Palabras clave: Atención primaria; Costes; Demanda asistencial; Gestión sanitaria; Indicadores sanitarios.

ECONOMIC AND LABOUR IMPACT OF NOT COVERING FOR STAFF OFF IN PRIMARY CARE. WHY AND HOW WE SHOULD MEASURE THIS

Objectives. To quantify the effect of not replacing staff in both job (mean overloads in time –MOT– and in users –MOU–) and economic terms. To calculate the effective real time worked (ERTW).

Design. Cross-sectional descriptive study.

Setting. Primary care. San Fernando Health Centre, Móstoles, Madrid.

Participants. The 41 people in the team.

Measurements and main results. Records of time off in 1999, with economic and labour costs. Comparison of the mean patients per shift –MOU– with the gold standard: Royal Decree 1575/1993. 72.63% (14227538 pesetas) of the cost of time off (19589226 pesetas) was assumed by the team (negative cost, economic impact). The MOT per health professional was 6.6 weeks per year for doctors, 6.5 for nurses and 4.2 for paediatricians. The ERTW per professional was 44.1 weeks a year for paediatricians, 39.4 for doctors and 39.1 for nurses. The MOU on a professional being absent raises the lists to 2471 (medicine) and 2179 (paediatrics) on the morning shift; and to 2296 (medicine) and 1662 (paediatrics) on the afternoon one.

Conclusions. The team assumes most of the economic burden, with no counter-benefit. The MOT is high and exceeds the number of weeks per year of formally allowed time off. In practice, therefore, each professional covers for their full allowed time off. The ERTW is much below the 52 weeks on which the team was assessed. RD 1575/1993 is frequently broken by current MOU. It is suggested that coordinators use these indicators in negotiating the Contract of Care Management and the Portfolio of Services.

(*Aten Primaria* 2000; 26: 355-361)

^aMédico. ^bJefa de equipo administrativo. ^cCoordinadora médica.

Correspondencia: Vicente Martín Moreno.
Calle del Alerce 5, 5.º B. 28041 Madrid.

Manuscrito aceptado para su publicación el 15-V-00.

Introducción

La política de contención del gasto seguida por los responsables de la planificación y gestión sanitaria ha supuesto para la atención primaria pasar desde un estado ideal, donde cada profesional tenía asegurada su sustitución cuando disfrutaba de los correspondientes permisos reglamentarios, a una situación en la que en la mayoría de las ocasiones son el resto de los compañeros los que tienen que asumir el trabajo del ausente y la sustitución es la excepción y no la norma.

El paso de una a otra situación se ha realizado de forma directa, sin establecer vías de diálogo y negociación con los profesionales implicados. Así, el Contrato de Gestión firmado al inicio de cada año entre la presidencia ejecutiva del INSALUD, la dirección territorial y la gerencia de área, establece un presupuesto para suplencias cerrado^{1,2}, que queda reflejado para cada unidad de provisión en el capítulo I, artículo 13, del Contrato de Gestión Asistencial. Pero esta partida presupuestaria sólo permite la cobertura de una parte de los permisos reglamentarios, sin que se haya evaluado el grado de repercusión de la no sustitución de una parte de los profesionales en el funcionamiento del equipo y la calidad asistencial.

Las plantillas de los centros están diseñadas sobre una base de «mínimos», es decir, se contrata al personal no cuando se tiene la previsión de que a corto o medio plazo va a ser necesario, o lo que es lo mismo, antes de que exista la necesidad, sino cuando ésta es manifiesta, por lo que cada profesional contratado lo es en función de una población ya existente a la que atender³ y todo el personal del centro es indispensable para atender a la población en función de los criterios de calidad establecidos. Por ello, cuando un profesional no es

sustituido durante un permiso o baja laboral, o lo es a jornada parcial, se genera de forma automática una carga de trabajo para el resto de sus compañeros.

Por otro lado, la Cartera de Servicios que se firma con la dirección de área no recoge la situación real de no suplencia o de suplencia en precario de los profesionales. La evaluación que se realiza en estas condiciones está claramente sesgada y los indicadores que se obtienen no son reales.

Por todos estos motivos, nos planteamos la realización del presente estudio, con los siguientes objetivos: *a)* cuantificar el impacto de la no suplencia a nivel laboral, en forma de sobrecarga media en tiempo (SMT) y de sobrecarga media en usuarios (SMU); *b)* cuantificar el impacto de la no suplencia a nivel económico, y *c)* calcular el tiempo real efectivo trabajado (TRET).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en el centro de salud San Fernando, de la localidad de Móstoles. El centro cuenta con 12 médicos, 5 pediatras, 14 enfermeras, 7 administrativos, 2 celadores y un auxiliar de clínica, y atiende a una población de 29.163 personas. El intervalo de duración del estudio es de 12 meses, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 1999. En una hoja de Excel® se registra por estamentos y, dentro de cada estamento, de forma individual y por tipo de solicitud (permiso anual reglamentario, moscosos, docencia, etc.) todos los permisos y los siete primeros días de las bajas laborales solicitados por los profesionales durante 1999, contabilizando en columnas diferentes el coste individual y acumulado por estamento que supone cada día y cada hora suplido y no suplido, y, de la misma forma, el número de días y de horas suplidos y no suplidos. El coste del día y de la hora para 1999 se recoge en la tabla 1. Al analizar el ahorro (coste negativo)⁸ generado por la no suplencia, cuantificaremos también el gasto producido por las suplencias, el coste real de los permisos para el centro y la cobertura en cuanto a suplentes de forma global y por estamentos.

La SMT queda definida por el número de semanas/año que cada estamento asume como consecuencia de la no suplencia; se obtiene mediante la fórmula: $SMT = (\text{días no suplidos}) + (\text{días obtenidos de la conversión de las suplencias por horas a días})$. Las horas no suplididas en los días con suplencia a jornada parcial se suman y el resultado se divide por siete (número de horas de la jornada laboral normal), con lo que se transforman en días. A su vez, los días se transforman en semanas dividiendo por cinco, que es el número de

TABLA 1. Gestión de suplencias. Costes, beneficios y cobertura

Estamento	Unidad de Provisión San Fernando. Suplencias 1999			
	Gasto en suplencias (coste)	Ahorro en suplencias (beneficio)	Total gasto para suplencias	% gasto suplencias/total gasto
Médicos ^a	2.851.506	6.817.233	9.668.739	29,49
Pediatras ^b	922.354	1.617.631	2.539.985	36,31
Enfermeras ^c	541.185	4.894.514	5.435.699	9,96
Administrativos ^d	756.187	685.520	1.441.707	52,45
Celadores ^e	105.936	212.640	318.576	33,25
Auxiliares de clínica ^f	184.520	0	184.520	100,00
Total	5.361.688	14.227.538	19.589.226	27,37

^aPrecio por día, 17.328; precio por hora, 2.475. ^bPrecio por día, 16.387; precio por hora, 2.341.

^cPrecio por día, 10.700; precio por hora, 1.529. ^dPrecio por día, 5.441; precio por hora, 777.

^ePrecio por día, 5.223; precio por hora, 746. ^fPrecio por día, 5.272; precio por hora, 753.

días que configuran la semana normal. Por último, la sobrecarga en semanas se divide entre el total de los componentes de cada estamento, para obtener la SMT por profesional.

El tiempo real trabajado (TRT) es el número de semanas/año que trabaja cada estamento; se obtiene mediante la fórmula:

$$TRT = \text{semanas trabajadas} + (\text{días sueltos trabajados}/5) + (\text{días suplidos a horas}/5)$$

Las semanas trabajadas incluyen las semanas completas trabajadas por el titular o su suplente. Los días sueltos suplidos y los suplidos a horas se dividen por cinco, como en la SMT, para transformarlos en semanas. El día suprido a horas se considera trabajado y las horas no suplididas en esos días se incluyen en la SMT. El TRET es el tiempo que se supone que trabaja el estamento a lo largo de un año, menos la sobrecarga de tiempo que soporta dicho estamento, $TRET = TRT - SMT$ y viene definido en semanas. Refleja el tiempo real trabajado de forma efectiva, es decir, libre de cargas.

La SMU se calcula a partir de los cupos médicos reconocidos por la dirección de área, tomando como referencia la población asignada a mitad del período de estudio (julio 1999). Como estándar oro para valorar la asignación temporal de usuarios, se utiliza el RD 1.575/1993⁵, que considera como óptima por profesional de medicina de familia menos de 2.000 usuarios y una cifra máxima de 2.400, y por pediatra una cifra óptima de menos de 1.200 y máxima de 1.500 usuarios. Para favorecer posteriores comparaciones con otros estudios, los resultados de todos los indicadores se expresan por estamento y como media por profesional de cada estamento.

La presión asistencial (PA) se obtiene a partir del Informe de Gestión Mensual⁶ de 1999 y también de los datos que se remiten desde el centro para su elaboración, utilizando en este segundo caso como denominador el número de días trabajados.

El numerador es el número de pacientes atendidos en consulta a demanda, concertada y programada, tanto en el centro como a domicilio.

Resultados

El coste de los diversos tipos de permisos solicitados durante 1999 en el Centro de Salud San Fernando ha sido de 19.589.226 pts. (tabla 1). De esta cantidad, 5.361.688 pts. (27,37%) han sido a cargo de la asignación presupuestaria recogida en el Contrato de Gestión Asistencial para 1999, mientras que las 14.227.538 pts. (72,63%) restantes no han sido cubiertas con cargo a dicha asignación y, por tanto, suponen un ahorro (impacto económico de la no suplencia) asumido por el centro. Un 48% del ahorro (6.817.233 pts.) y el 53,2% del gasto (2.851.506 pts.) producido en suplencias es a cargo del colectivo de médicos de familia.

El número total de días con suplente a jornada completa ha sido de 281, a tiempo parcial de 272 y no ha habido suplente en 1.034 días. En la tabla 2 se desglosa por estamentos. El número de días/año/profesional suplidos a jornada completa es de 8,5 para médicos, 6 para pediatras, 2 para enfermeras, 12 para administrativos, 2 para celadores y 35 para auxiliar de clínica. La cobertura con suplente (tabla 1) es del 100% para el personal auxiliar de clínica, del 52,4% para el personal administrativo, del 36,3% para los pediatras, del 33,2% para los celadores, del 29% para los médicos de familia y del 9,96% para el personal de enfermería. Dentro del personal sanitario, el colectivo que es suplido en menor medida es el de enfermería.

TABLA 2. Análisis de la cobertura con o sin suplente en 1999

	Días suplidos	Horas supliditas	Paso horas-días	Total días
Médicos	102	438 ^a	95	197
Pediatras	30	184 ^b	38	68
Enfermeras	27	165	33	60
Administrativos	83	392 ^c	79	162
Celadores	4	114 ^d	27	31
Auxiliares de clínica	35	0	0	35
Total	281	1.293	272	553
	Días no suplidos	Horas no supliditas	Paso horas no supliditas a días	Total días no suplidos ^e
Médicos	361	227 ^f	95	456
Pediatras	93	82 ^g	38	131
Enfermeras	448	66	33	481
Administrativos	103	161 ^h	79	182
Celadores	29	75 ⁱ	27	56
Auxiliares de clínica	0	0	0	0
Total	1.034	611	272	1.306

^a37 días a 4 horas, 58 a 5 horas. ^b6 días a 4 horas, 32 a 5 horas. ^c3 días a 4 horas, 76 a 5 horas. ^d21 días a 4 horas, 6 a 5 horas. ^eNo suplidos total o parcialmente. ^f37 días a 3 horas, 58 a 2 horas. ^g6 días a 3 horas, 32 a 2 horas. ^h3 días a 3 horas, 76 a 2 horas. ⁱ21 días a 3 horas, 6 a 2 horas.

La sobrecarga por estamentos (**tabla 3**) muestra que enfermería asume 91,5 semanas al año y cada profesional de enfermería tiene una SMT de 6,5 semanas/año, mientras que los médicos de familia como estamento asumen un total de 78,7 semanas al año, con una SMT por profesional de 6,6 semanas/año. El TRT por estamento en 1999 ha sido de 638,4 para el personal de enfermería, de 551,8 semanas para los médicos de familia y de 343,4 semanas para el personal administrativo. Dentro de cada estamento, el número medio de semanas por profesional trabajado ha sido de 46 semanas para cada médico de familia, de 45,6 semanas para cada enfermero y de 49 semanas para cada administrativo. Por último, el cálculo del TRET para cada estamento refleja un TRET de 546,9 semanas para el personal de enfermería y un TRET

de 473,1 semanas para el estamento de médicos de familia. El TRET medio por profesional de cada estamento es de 39,4 semanas para cada médico de familia y de 39,1 semanas para cada enfermera. En la **tabla 4** se recogen los resultados de TRT y TRET por estamentos.

El Informe de Gestión de 1999 recoge la realización de 102.347 consultas médicas y 34.799 consultas pediátricas, con una PA media por estamento de 33,9 y 27,7. De los datos remitidos por el centro se obtiene que el número de consultas médicas es de 102.399 y las pediátricas de 34.597, con una presión asistencial media anual por estamento de 38,8 y 29,5. La consulta programada que realizan los médicos de familia (**fig. 1**) disminuye en los meses de julio, agosto y septiembre, y la de los pediatras (**fig. 2**) en el mes de agosto.

La curva anual de PA muestra para pediatría un pico en diciembre y 2 picos menores en enero y mayo, junto con un valle en los meses de julio a septiembre, mientras que para los médicos de familia hay picos en enero, mayo y octubre, con un descenso mínimo estival de la curva, ya que se mantiene una PA por encima de 30, concretamente de 38,7 en julio, de 35,4 en agosto y de 41,9 en septiembre en el turno de tarde y de 30,6, 30,3 y 38,5 en el turno de mañana. La población asignada al turno de mañana es de 9.884 usuarios en medicina (5 médicos) y 2.179 en pediatría (2 pediatras), con una media por médico de 1.977 y por pediatra de 1.089; la sobrecarga en caso de ausencia de un médico es de 494 usuarios, con lo que cada médico pasaría en esta situación a atender a 2.471 usuarios; en pediatría, 2.179. En el turno de tarde la población en medicina (7 médicos) es de 13.776 y en pediatría (3 pediatras) de 3.324, la media por médico es de 1.968 y por pediatra de 1.108, la sobrecarga por ausencia de 328 por médico y 554 por pediatra y, por último, ante una ausencia sin suplir, medicina atiende 2.296 usuarios y pediatría 1.662.

Discusión

La no suplencia genera una elevada carga económica al equipo, ya que con el presupuesto asignado la cobertura no llega a una tercera parte del gasto real en permisos. El ahorro producido por la no suplencia es un beneficio tangible directo que no es tenido en cuenta en ninguna evaluación y que asume el centro sin ninguna contraprestación a cambio. Pero existe otro coste negativo que tampoco es valorado, el beneficio indirecto⁴ consecuente al aumento obligado de la productividad laboral, cuantitativo y cualitativo, del resto de los componentes del equipo, que

TABLA 3. Sobrecarga (S) por estamentos y sobrecarga media por profesional

	Días no suplidos	Horas no supliditas	Paso de horas a días ^a	Total días no suplidos ^b (S)	Sobrecarga por estamento (semanas) ^c	Sobrecarga media por profesional (semanas) ^d
Médicos	361	227	32,4	393,4	78,7	6,6
Pediatras	93	82	11,7	104,7	20,9	4,2
Enfermeras	448	66	9,4	457,4	91,5	6,5
Administrativos	103	161	23	126	25,2	3,6
Celadores	29	75	10,7	39,7	7,9	3,95
Auxiliares de clínica	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total columna	1.034	611	87,2	1.121,2	224,2	24,85

^aPaso de horas a días: número de horas no supliditas en cada estamento dividido por siete. ^bSuma de días no suplidados más paso de horas a días.

^cTotal días no suplidados dividido entre cinco. ^dSobrecarga por estamento dividida por el número de componentes del estamento.

TABLA 4. Tiempo real efectivo trabajado (TRET), en semanas, por cada estamento y media por cada profesional de cada estamento, 1999

	TRT	Por estamento Sobrecarga	TRET	TRT	Por profesional Sobrecarga	TRET
Médicos	551,8	78,7	473,1	46	6,6	39,4
Pediatras	241,4	20,9	220,5	48,28	4,2	44,1
Enfermeras	638,4	91,5	546,9	45,6	6,5	39,1
Administrativos	343,4	25,2	318,2	49,06	3,6	45,5
Celadores	98,2	7,9	90,3	49,1	3,95	45,15
Auxiliares de clínica	52	0,0	52	52	0,0	52

TRET = TRT – S.

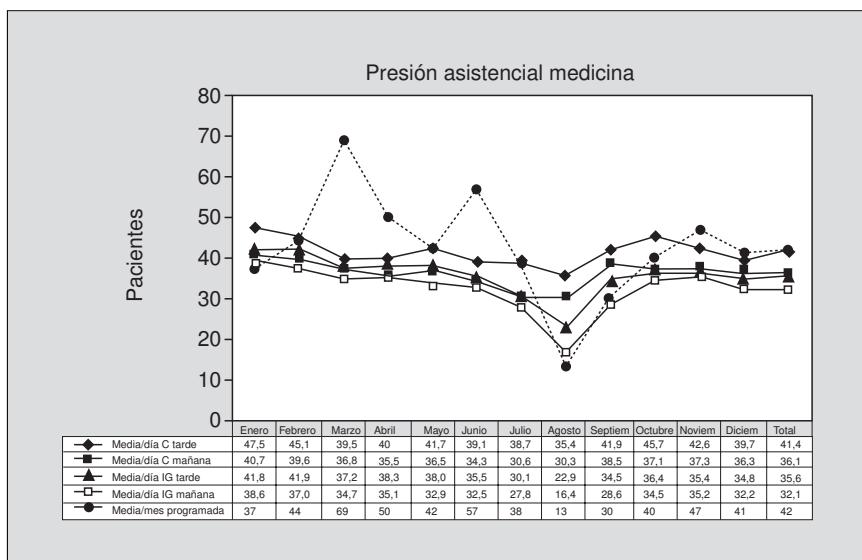


Figura 1. Comparación de la presión asistencial media por día y programada media al mes por médico de familia según el denominador utilizado. C: fuente de datos del centro; denominador días trabajados. IG: fuente de datos Informe de Gestión; denominador días laborales.

hacen más trabajo en el mismo tiempo y por el mismo sueldo.

El reparto del presupuesto asignado muestra claras diferencias por estamentos. Aunque se podrían dar múltiples explicaciones a este hecho, la causa más probable quizás estribaría en el camino «lógico» que se sigue cuando los recursos son escasos, que lleva a una política de «servicios mínimos» en la que el funcionamiento a demanda del centro es lo primero y todo aquello que se puede programar pasa a segundo plano. En este análisis, y así parece deducirse de los resultados de este estudio, el personal de enfermería sale claramente perjudicado, a pesar de que su función es fundamental para lograr los objetivos planteados en la Cartera de Servicios, y esta situación, como apun-

tan otros trabajos⁷, puede hipotetizar el papel futuro de la enfermería en atención primaria⁸.

También la escasez de recursos sería la causa que justifica que el número de días con suplemento a tiempo parcial sea similar en este estudio al de días con suplemento a jornada completa, al primarse la cantidad sobre la calidad. Si el número de días de permiso reglamentario que tiene reconocidos cada profesional al año es de 36, para algunos colectivos, como enfermería, el número de días que se les suple a jornada completa con el presupuesto actual puede ser calificado, como poco, de testimonial: 2.

La curva anual de PA presenta un patrón similar al descrito en un amplio trabajo (1989-1993)⁹ realizado con una metodología comparable, con

la diferencia de que en nuestro estudio en los meses vacacionales para el personal del centro (julio a septiembre) la PA se mantiene elevada para los médicos e incluso supera a la de meses no estivales; sin embargo, si tomamos como fuente el Informe de Gestión sí se produce el valle estival característico. La diferencia entre ambos resultados estriba en que el Informe de Gestión utiliza como denominador el número de días laborables del mes, se trabajan o no, y nosotros el número de días trabajados. La utilización del TRT como denominador permite conocer de forma fiable la carga de trabajo de los profesionales y aporta información de calidad para la gestión sanitaria.

El TRET obtenido para cada uno de los estamentos se aleja bastante del período temporal de 52 semanas sobre el que se realiza la evaluación de la Cartera de Servicios, por lo que existe un sesgo importante en el sistema que se utiliza para evaluar al equipo. Para realizar una negociación y evaluación más objetivas¹⁰, es recomendable que los coordinadores conozcan el TRET y que la dirección del INSALUD comience a utilizarlo, de forma que la cobertura, que define junto con las normas técnicas mínimas el producto en atención primaria¹¹, sea ponderada por el TRET medio, además de por la carga de trabajo que el servicio representa para el equipo y para el profesional¹².

El TRET es específico de cada centro y año y es una herramienta útil. Entre sus inconvenientes está el que sólo puede ser calculado al final de cada año; esta situación hace que no pueda utilizarse para la negociación de la Cartera del año en curso, ya que ésta se realiza al inicio del año. Nuestra propuesta es que el TRET de un año debe ser utilizado para la negociación de la Cartera de Servicios del año siguiente, ya que probablemente no se diferencie mucho de un año a otro y en cualquier caso es más eficiente para el centro realizar la negociación teniendo un indicador de referencia que no usar ninguno, como se hace actualmente. Posteriormente, en la evaluación de la Cartera se utilizará el TRET del año en curso; si por tiempo no se puede disponer de él antes de la evaluación, se utilizará como criterio de excepción tras los resultados de dicha evaluación y para la negociación del año siguiente, estableciendo un ciclo.

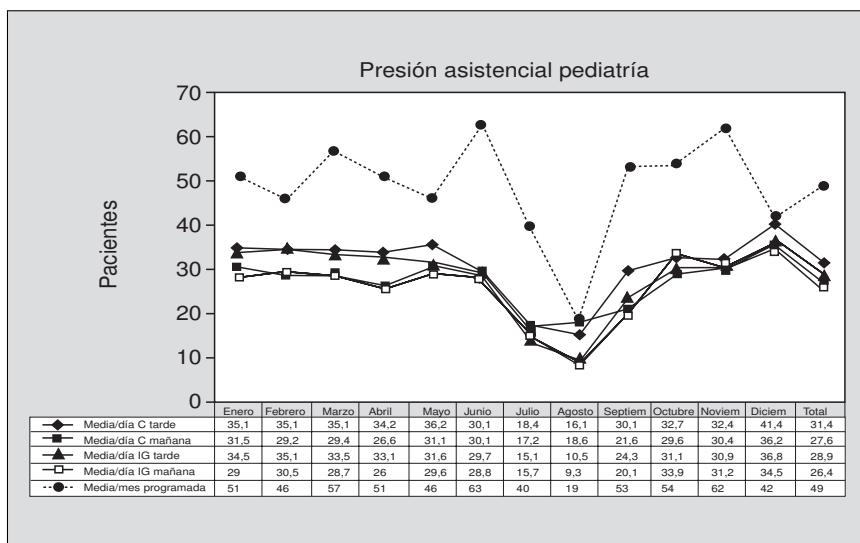


Figura 2. Comparación de la presión asistencial media por día y programada media al mes por pediatra según el denominador utilizado. C: fuente de datos del centro; denominador días trabajados. IG: fuente de datos Informe de Gestión; denominador días laborales.

La sobrecarga generada en el personal asistencial por la no suplencia es importante, tanto en su vertiente de tiempo que se asume la consulta de otros profesionales como en la de número medio de usuarios asignados. La SMT supera a la suma del permiso anual reglamentario y los 6 días de libre disposición («moscosos»), por lo que puede afirmarse que con el sistema actual los profesionales se ven obligados a recuperar cuando se reincorporan el tiempo que han estado de vacaciones, situación que puede llevar a que el efecto positivo del descanso quede diluido a corto plazo, favoreciendo el agotamiento profesional. La no suplencia obliga, además, a la asignación temporal de los pacientes al resto de los miembros del equipo. En este estudio el tamaño de los cupos hace que la SMU sea elevada y por ello la ausencia sin suplir de un solo facultativo hace que se vulnere el espíritu y la letra del RD 1.575/1993 en casi todos los casos, vulneración que se produce porque dicho RD recoge un número máximo de usuarios y no especifica si dicha cifra es de usuarios asignados de forma fija o temporal⁵. La Administración Sanitaria y las organizaciones profesionales (Colegios Médicos, semFYC, SEMG, SEMERGEN, sindicatos) deberían tomar nota de esta situación y analizar con qué frecuencia se repite en otros equipos de atención primaria.

Este resultado evidencia que es necesario un cambio¹², de forma que el Contrato de Gestión debe incluir las particularidades de cada centro de gasto y, para ello, cada equipo debe cuantificar el número de pacientes por turno de trabajo, la media por profesional y la SMU por profesional, compararla con el estándar oro (Real Decreto 1.575/1993) y utilizar este indicador en la negociación del Contrato de Gestión¹, de forma que la actual asignación de presupuesto para suplencias realizada en su artículo 13, basada en el número de profesionales del centro corregido por el número de profesionales que en función de su número requieren cobertura obligatoria en el 100% de las ausencias, contemple también el tamaño de los cupos y la SMU, para evitar que se sobrepasen los límites que establece el Real Decreto⁵. La situación actual es injusta para los equipos, ya que no se tiene en cuenta el impacto económico de la no suplencia ni su reflejo en el ámbito laboral. Según nuestros resultados, la asignación presupuestaria debería corregirse al alza. Mientras se produce este cambio en el ámbito económico, las consecuencias en el laboral deberán ser tenidas en cuenta en la negociación y en la evaluación del Contrato de Gestión y la Cartera de Servicios. No hacer ni lo uno ni lo otro favorece el agotamiento del modelo de atención primaria, al llevar

al desencanto a los profesionales, como reflejan otros autores¹³.

La pregunta que da título al estudio es «por qué y cómo medir el impacto de la no suplencia». Cómo deben hacerlo los equipos ha quedado claramente reflejado en los apartados previos (TRT, TRET, SMT, SMU). Entre los diversos motivos por los que debemos hacerlo, el primero es que la no suplencia, como se ha visto, tiene un impacto económico y laboral que afecta al funcionamiento del equipo; el segundo, sin que este orden presuponga una mayor o menor importancia, porque la no suplencia tiene también consecuencias sobre la calidad, al afectar a dos pilares básicos de la misma^{14,15}, las personas y los procesos, dificultando su gestión y produciendo una disminución en la calidad del servicio que se presta¹⁶. En relación al primer pilar, personal que presta el servicio, la gestión de la calidad se dirige a conseguir una alta calidad de vida en el trabajo, es decir, empleados satisfechos, algo difícil de lograr en la situación actual, ya que la dualidad bajo índice de sustituciones-sobrecarga produce un incremento de la PA, que es uno de los principales estresores¹⁷⁻²⁴, llegando a anular el valle de PA estival; altera una de las características básicas para el desarrollo de una buena práctica, como es la de disponer de una población bien definida²⁵, y disminuye la satisfacción laboral en todos los estamentos²⁶⁻³⁰, contribuyendo al burnout³¹⁻³³. Por otro lado, aunque el tamaño de los cupos cumple a duras penas con lo establecido en el RD 1.575/1993 (el 33% de los médicos del centro supera las 2.000 personas adscritas), se aleja del ratio de 1.500 habitantes por profesional considerado como adecuado en los manuales de calidad³⁴. Sin olvidar que los indicadores tamaño del cupo y PA tienen importancia para medir la eficiencia del equipo³⁵.

Y con relación al segundo pilar, los procesos clave, que son aquellos que producen el servicio para los clientes y generan una percepción de su calidad, se afectan de forma importante en la situación de no suplencia: disminución de consulta programada, como se deduce de este estudio; acortamiento del tiempo de consulta por usuario al aumentar la PA y posibilidad de que se posponga la toma de decisiones a la llegada del titular, es decir, de que se alargue el proceso. También dentro del proceso, la no su-

plencia del personal de enfermería, cuya labor en promoción y prevención es clara, puede dar lugar a que no exista una adecuada continuidad en el seguimiento y favorecer la no adhesión de los usuarios a los diversos programas de salud, con los costes a medio y largo plazo que esta situación conlleva.

Sin embargo, y a pesar de que parece obvio que la no suplencia afecta a la calidad del servicio que se presta, se requieren estudios específicos para evaluar en qué medida se produce. También sería conveniente que los estudios que se realizan para valorar la satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria incluyeran como factor estresor a valorar la no suplencia, ya que en la mayoría de los casos este ítem se halla ausente. Asimismo, la situación en los centros rurales puede ser diferente, en función del grado de dispersión de sus profesionales, por lo que lo apuntado en nuestro estudio probablemente requiera modificaciones para adecuarlo a este entorno.

Por último, el plan de calidad total para 1999, basado en el Modelo Europeo de Calidad (EFQM), pretende la mejora de la gestión agrupando agentes, procesos y resultados y potenciando la participación e implicación de los profesionales en la solución de problemas y propuesta de alternativas¹. Este plan establece que cada equipo definirá un proyecto de mejora sobre un aspecto importante para el funcionamiento del equipo. Creemos que la no suplencia influye de forma tan relevante en los agentes, el proceso y los resultados, que cada equipo debe comenzar a medir y valorar su impacto, dotándose de sistemas de información para la gestión^{36,37} y la mejora de la calidad³⁸. La metodología y los indicadores propuestos en este estudio pueden ser utilizados en otros centros para la negociación del Contrato de Gestión y la Cartera de Servicios.

Bibliografía

1. Contrato de Gestión Asistencial 1999. Área VIII-Atención Primaria. Madrid. Unidad de Provisión San Fernando. INSALUD, Área 8, Madrid, 1999.
2. Sevilla Pérez FB. Contrato Programa y producto sanitario. En: Lamata Cotanda F, editor. El producto sanitario, ¿servicios o salud? Seminario de Planificación. Madrid: Dirección General de Pla-nificación, Formación e Investigación. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid, 1993; 95-106.
3. Pané Mena O. Valoración económica de la actividad clínica y fundamentos para la elaboración de presupuestos por servicio. Parte 1. Atención primaria. En: Del Llano Señaris J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badia J, editores. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998; 277-293.
4. Rubio Cebrián S. Economía sanitaria. En: Lamata Cotanda F, editor. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1998; 635-686.
5. Real Decreto 1.575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la Libre Elección de Médico en los servicios de Atención Primaria del INSALUD.
6. Informe de Gestión 1999. Hojas mensuales de estadística del centro San Fernando, turnos de mañana y tarde. Área 8 de Atención Primaria. Madrid, 1999.
7. Corrales Nevado D. Repercusiones de la evolución de la reforma de la atención primaria en el papel de los profesionales de enfermería. Aten Primaria 1996; 18: 577-579.
8. Auñón Muelas A, Colomer Rosas A. La actividad de las enfermeras en los equipos de atención primaria. Centro de Salud 1997; 5: 79-81.
9. Ortiz F, Quiles J, Menéndez D, Peris F. Análisis de la evolución de la presión asistencial en medicina general (1989-1993). Aten Primaria 1996; 18: 9-16.
10. Marquet Palomer R. ¿Medir los niveles de calidad de la atención que prestamos? Aten Primaria 1993; 12: 317-318.
11. García Olmos L, Minué Lorenzo S. La medida del producto en atención primaria. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria 1998; 4: 191-200.
12. Martín Zurro A, Ledesma Castellort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000; 25: 48-58.
13. De Pablo González R, Suberviela González JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1998; 22: 580-584.
14. Marquet i Palomer R. Gestión de la calidad. Parte 1. Gestión de la calidad en atención primaria de salud. En: Del Llano Señaris J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badia J, Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Madrid: Masson, 1998; 241-255.
15. Longo DR, Bohr D. Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad. Una guía práctica. Barcelona: SG Editores-Fundación Avedis Donabedian, 1994.
16. Planes Migrañà A. Perversiones de la atención primaria. Aten Primaria 1994; 14: 1045-1046.
17. Loayssa Lara JR, Indurain Orduña S, Extremera Urabayen V, Agreda Peiró J, Extramiana Cameno E, Vilches Plaza C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Aten Primaria 1997; 20: 34-40.
18. Saura Llamas J, Leal Hernández M, García Méndez MM, López Piñera M, Ferrer Mora A, De la Viesca Cosgrove S. Motivos de ansiedad en los profesionales de atención primaria. Comparación residentes-tutores. Aten Primaria 1997; 20: 142-146.
19. Acámer Raga F, López Arribas C, López-Torres Hidalgo J. Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 401-407.
20. Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. Aten Primaria 1999; 24: 352-359.
21. Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an understanding of the burnout phenomenon. J Appl Psychol 1986; 4: 630-640.
22. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Occup Behavior 1981; 2: 99-113.
23. Antoñanzas Lombarte A, Casas Casas MJ, García Aisa JC, Gonzalo Til A, Izaguirre Zugazaga C, Melús Palazón E. Estudio de la estructura y organización de los equipos para la aplicación de programas de garantía de calidad en atención primaria. Centro de Salud 1994; 2: 703-712.
24. Orozco López P, García Martínez E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1993; 12: 135-138.
25. Gené Badía J. Gestión en atención primaria. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo-Merck Sharp & Dohme, 1997; 41-54.
26. Martín Moreno V, Gamo Medina E, Romero Santiago B, Moreno Fernández A, Lucas Valbuena JC, Rodríguez Pérez A. Fuentes de estrés a nivel laboral en el personal administrativo de atención primaria. Centro de Salud 1996; 4: 526-533.
27. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, De la Puente ML. El estrés: problemas e intervenciones. En: Fuentenebro de Diego F, Vázquez Valverde C, editores. Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill 1990; 561-577.
28. Wilder JF, Plutchik R. Estrés y psiquiatría. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1992; 1190-1195.
29. Fernández San Martín MI, Villagrassa Ferrer JR, Gamo MF, Vázquez Gallego J, Cañas E, Aguirre Trigo MV et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un Área de Madrid. Rev Esp Salud Pública 1995; 69: 487-497.

30. Cruz Cañas E, Vázquez Gallego J, Aguirre Trigo V, Fernández San Martín MI, Villagrassa JR, Andradas Aragónés V. Evaluación de la satisfacción del personal de enfermería. Aten Primaria 1994; 13: 469-473.
31. Gil-Monte PR, Peiro JM, Valcárcel P, Grau R. La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería. Psiquis 1996; 17: 190-195.
32. Muñoz Ruiz JM. Salud laboral y desgaste profesional en el médico general. Medicina General 1997; 7: 97-103.
33. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 293-303.
34. Agra Varela Y, García Boró S, Magrinyá Rull P. Manual de garantía de calidad en atención primaria. Madrid: Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid, 1994.
35. Urbina Pérez O, Marcuello Servos C, Serrano Peris GD, García Latorre FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? Aten Primaria 1997; 20: 191-194.
36. Colomer Rosas A, Rodríguez Balo A. Garantía de calidad en atención primaria. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo-Merck Sharp & Dohme España, 1997; 239-261.
37. Ris Romeu H. Los instrumentos de gestión y el sector sanitario público. Centro de Salud 1993; 1: 645-647.
38. Saturno PJ. Estrategias para la puesta en marcha de actividades de evaluación y mejora de la calidad asistencial en atención primaria (I): consideraciones generales. Centro de Salud 1993; 1: 586-591.