

ARTÍCULO ESPECIAL

Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles

F. Borrell i Carrió

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. ABS La Gabarra. Cornellà de Llobregat (Barcelona).

Nada más importante para la calidad de vida de un médico de familia que la gestión adecuada de la agenda de trabajo. Estamos en el paleolítico de una tecnología que va a aportarnos mucho. Desde el «cojan número, que el doctor ya les visitará», a nuestras agendas con cita previa hay un pequeño avance. Pero un avance que verdaderamente no ha contribuido a nuestra calidad de vida profesional, incluso me atrevería a decir más: ha empeorado en ciertos aspectos nuestra calidad de vida. Las razones son:

- Las actuales agendas en general conceden 5 minutos para visita de cita previa. Obviamente ésta no es la expectativa de un paciente que llama con antelación, o se persona en su centro de salud, para obtener visita con su doctor.
- Dar día y hora de visita supone –o debería suponer– un compromiso de la institución y del profesional. Pero lógicamente es un compromiso que sabemos de antemano que no podremos cumplir para la generalidad de los pacientes. El atraso casi sistemático se interpreta como fallo del médico, aunque en realidad éste trate de maximizar estos «5» minutos en beneficio del paciente. En otras palabras, quien mejor lo hace resulta penalizado.
- La percepción de ruido y nervios en la sala de espera puede intro-

ducir –y de hecho lo hace– sesgos importantes en el proceso de decisión del médico. A peor trabajo, peor autoestima, con lo que se inicia la cuesta abajo en nuestro perfil profesional.

Las consecuencias sobre la relación médico-paciente son bastante obvias, pero hay una que querría subrayar: cuanto más atraso lleva el médico, menos puede dinamizar éste la consulta. Esta paradoja de la prisa tiene una curiosa explicación: puesto que los pacientes entran en la consulta con la sensación de que «al fin» es su turno, no tienen remilgos en desquitarse. ¿Venganza? En absoluto. Las personas quieren preservar una relación que juzgan importante, y hacen un esfuerzo inconsciente para salir «bien» de la consulta. Rebanan cada minuto con su doctor para a la postre borrar el mal rato que han pasado de espera y nervios. Hay un esfuerzo deliberado para quedar satisfechos de la visita porque, para ellos, esta visita es importante. «¿Tarde y mal?», se dicen. «No, la visita tendrá retraso, pero saldré bien», se contestan. Es una consecuencia de lo que los psicólogos sociales llaman disonancia cognitiva.

Otra consecuencia menos evidente de una cita previa mal entendida y peor diseñada es la erosión que crea entre un profesional agobiado y «a punto de explotar», y una institución (su empresa) que le exige «no tener listas de espera». ¿Cómo se siente el profesio-

nal cuando recibe una reclamación «porque me han atendido con una hora de retraso»? Obviamente culpabiliza a la Administración por partida doble: porque se mantiene ignorante del drama diario de la cita previa y porque siempre exige más.

Nos encontramos, por consiguiente, frente a un importante problema organizativo y de calidad de vida profesional. He aquí un breve resumen de las evidencias que tenemos sobre el asunto. Los médicos que se perciben como «los mejores» dan tiempo a sus pacientes para que puedan expresarse¹ e interpretar sus silencios². La presión ejercida para aumentar la productividad tiene un impacto en la relación asistencial³ y en la manera como se realizan las tareas en la entrevista clínica⁴. La adquisición de datos por parte del médico se ve influida en primer lugar por el tiempo disponible⁵, y la falta de tiempo repercute en el no cumplimiento de protocolos preventivos⁶. Los pacientes difíciles son aún más difíciles cuando no disponemos de tiempo⁷, y la satisfacción⁸ e incriminación del médico en los aspectos psicosociales están completamente relacionadas con la disponibilidad de tiempo⁹. En un importante trabajo de campo se demostró que los 5 minutos que ofrecemos quedan en una franja subóptima¹⁰, aunque hay que tener en cuenta en nuestro caso que, a veces, podemos complementar la visita médica con la visita de enfermería.

(Aten Primaria 2001; 27: 343-345)

¿Qué podemos hacer? En primer lugar, deberíamos abandonar el viejo paradigma de «visitas programadas y visitas de cita previa», paradigma que añade: las primeras son «las visitas de verdad», las que se hacen bien, y las otras tienen dispensa papal para «salir del paso» (¡a veces incluso se hacen sin historial clínico!). Este paradigma debería abandonarse definitivamente por ineficiente, falso y peligroso para la salud pública.

– Ineficiente: porque fácilmente el médico se queda media hora con los brazos cruzados al fallarle una visita, o gasta esta media hora en actividades preventivas que una enfermera realizaría de manera ventajosa.

– Falso: porque la mayor complejidad diagnóstica no suele presentarse en estas visitas programadas «de lujo», sino en las otras visitas de cita previa.

– Peligroso: porque las prisas con que debemos abordar la mayor parte de visitas conllevan un peligro enorme de negligencia. Negligencia por cansancio, por irritación, por erosión en la autoestima del profesional.

Solucionar el tema de las agendas pasa por un primer argumento: «sólo pueden visitarse unos 24 pacientes en las 4 horas disponibles (unos 10 minutos por paciente parecen razonables); el resto de pacientes deberían ser atendidos en otras franjas horarias habilitadas a tal efecto». Téngase en cuenta que hay que reservar un mínimo diario de una hora para visitas domiciliarias. Aun así hay muchas soluciones para crear estas franjas horarias y evitar listas de espera, aunque en buena lógica deben precederse y seguirse de acuerdos sindicales.

Partiendo de esta premisa, he aquí los aspectos deseables de un sistema de citación flexible:

– Debe ajustar los tiempos a las demandas. A demanda o perfil de pa-

ciente más complejo, más tiempo.

– Debe permitir que el médico «no se quede con los brazos cruzados», y a la vez debe garantizar unos retrasos sobre la cita proporcionada al paciente no superiores a 15 minutos.

– Debe posibilitar consultas interactivas con enfermería, y que si en un momento determinado hay que dar más tiempo a un paciente, se pueda hacer.

– Debe regular a la población hiperfrecuentadora, e identificar a los pacientes complejos.

Veamos en la práctica los cambios que introduce esta filosofía:

– Desaparecerían compartimientos estancos dentro de los horarios de visita (la clásica división entre cita previa y programada), y se ofertaría todo el espacio bajo el sistema que llamamos «agenda flexible»: visitas alternativas de 5 y de 7 minutos, con espacios de 10 o 15 minutos intercalados. Los períodos temporales exactos se ajustan en este sistema al perfil de cada profesional, adaptándose a su ritmo de trabajo. Pero la idea es la siguiente: disponer de unos espacios sin visita que permitan recuperar el tiempo de más que nos alargamos, con franjas alternativamente de 5 y de 7 minutos. El promedio global debe arrojar 10 minutos por paciente.

– Siempre deberíamos citar a 3 o 4 pacientes a primera hora, eso es, en las 3 franjas iniciales del día, para evitar quedarnos «cruzados de brazos» si alguno falla. Esta norma puede matizarse en los casos en que el médico recibe muchas visitas «urgentes» a primera hora. En tal caso puede optar por dejar una franja horaria para atenderlas (por ejemplo, reservar los 15 minutos iniciales de los lunes).

– Desde Admisiones del centro se detectarían los pacientes que van a requerir cita previa especial. Estos pacientes serían asignados en 2 franjas consecutivas, es de-

cir, 12 minutos (una franja de 7 y otra de 5 minutos). En algunos casos el mismo ordenador –por disposición del médico– ya indicaría al administrativo que se trata de un paciente que siempre va a requerir «cita previa especial». En otras ocasiones el administrativo asignaría el espacio al visualizar un paciente con más de 75 años, o que acudiese por primera vez al centro o que cumpliera otras premisas consensuadas.

– Deberían darse mensajes precisos a los pacientes: «No venga hasta que tenga tanto el ECG como el análisis; aunque le den primero el ECG, no venga hasta tenerlo todo.» O bien: «Si con este tratamiento ya se pone bien, que es lo que preveo, estará curado y ya no es necesario que vuelva hasta que lo necesite para otra cosa.» Y el consabido: «Estos resfriados son muy malos y se encontrará mal durante 15 días, no se asuste.»

– Y, finalmente, lo más importante: el propio médico procedería a citar a los pacientes hiperfrecuentadores. Ángel Ruiz Téllez ilustra esta estrategia brillantemente cuando dice a sus pacientes hiperfrecuentadores: «Y quiero verle/verla dentro de 2 meses.» Con ello consigue periodificar algo más a este porcentaje del 10% de población que ocupa un 30-40% de la agenda¹¹. En general, es bueno que el médico cite a los pacientes crónicos, porque con ello se asegura los períodos que tenemos protocolizados, dejando espacio para que la población no hiperfrecuentadora pueda ocupar más espacio de su agenda. Tres visitas médicas y tres de enfermería al año deberían bastar para la mayor parte de pacientes crónicos.

Los detractores de este sistema dirán: esto es una agenda de lujo. Bueno, en parte sí, porque requiere entrenar al profesional de Admisiones y al propio médico, tener franjas horarias extras para absorber lista de espera y un programa informático que no es-

tá en el mercado. Pero los 3 factores son posibles y deseables. Hay que empezar a decir de manera clara que un acto clínico de calidad se empieza a hacer con un mínimo de 10 minutos, y que la salud de nuestros pacientes, nuestra salud y la calidad de vida profesional exigen nuevas ideas, nueva tecnología y una apuesta institucional. Eso o el burnout, y a la larga el absentismo, porque... ¿quién aguantará ritmos de 30 pacientes en poco más de 3 horas durante años? A veces la diferencia entre cansancio y agotamiento reside en disponer de media hora más al día. Media hora que puede ser la diferencia entre una buena o una mala calidad de vida profesional.

Bibliografía

1. Arborelius E, Timpka T, Nyce JM. Patients comment on video-recorded consultations - the «good» GP and the «bad». *Scand J Soc Med* 1992; 20: 213-216.
2. Huby G. Interpreting silence, documenting experience: an anthropological approach to the study of health service users' experience with HIV/AIDS care in Lothian, Scotland. *Social. Science & Medicine* 1997; 44: 1149-1160.
3. Dugdale DC, Epstein RM, Penttilä S. Time, the patient-physician relationship, and managed care. *J Gen Intern Med* 1997.
4. Camasso MJ, Camasso AE. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. *Social Science & Medicine* 1994; 38: 733-748.
5. Ridderikhoff J. Information exchange in a patient-physician encounter. A quantitative approach. *Methods of Information in Medicine* 1993; 32: 73-78.
6. McCormick WC, Inui TS. Geriatric preventive care. Counseling techniques in practice settings. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 215-228.
7. Doring LA. Communication problems of the chronically ill. *Austral Fam Physic* 1992; 21: 791-793.
8. Anderson LA, Zimmerman MA. Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Education & Counseling* 1993; 20: 27-36.
9. Marvel MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. *Arch Fam Med* 1993; 2: 629-633.
10. Gross DA. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47: 133.
11. Ruiz Téllez A. Comunicación personal. En: Proyecto Geship. Colegio de Médicos de Barcelona, 14 marzo de 2000.