

La capacidad de resolución del médico rural puede llevar a evitar derivaciones. Por ejemplo, con el tratamiento y el control de la insuficiencia cardíaca incluso avanzada, las extracciones de cuerpos extraños en la córnea (con imán o con lazo de nailon), el empleo del espéculo vaginal para la toma de muestras, el inicio de tratamiento anti-conceptivo y la realización de cirugía menor (abscesos, lesiones cutáneas varias, etc.). La polivalencia se sustenta en un material específico (en el caso de la cirugía menor, por ejemplo, crema Emla® y anestesia local inyectable, hojas de bisturí, guantes estériles, portas, etc.) y una organización (en este mismo caso, el envío de las muestras al servicio de Anatomía Patológica y la recepción de los informes).

En mi experiencia rural, las peticiones de los pacientes seguían siendo más orientadas a la curación (por contraste con lo urbano, quizá más orientadas a la prevención). Por supuesto, a la expectativa del paciente responde el médico con una disponibilidad, con una capacidad de intervención. Y esto se realiza tanto en la propia consulta como en el domicilio del paciente, como bien lo demuestra el contenido del cabás. Este maletín contiene el material que el médico prevé que puede llegar a necesitar para dar respuestas ante situaciones urgentes y habituales.

Por último, señalar la conexión entre polivalencia, capacidad de respuesta, competencia clínica y manejo de la incertidumbre. El medio rural, como el urbano, exige del médico de cabecera el control de la incertidumbre para decidir apropiadamente el consumo de recursos. Algunos de los factores señalados pueden influir en que el médico rural maneje mejor y más serenamente la incertidumbre y asuma esa «continuidad» de atención al paciente.

doi:10.1016/j.aprim.2009.01.010

La rotación rural ha supuesto una experiencia donde aprender una atención médica más centrada en el individuo enfermo y más resolutoria por parte del médico. Y eso ayuda, pues en realidad, lo que se haga o se mande a hacer en el encuentro entre médico y paciente depende de lo que se ha visto y aprendido cuando se ha sido estudiante y residente.

Bibliografía

1. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005;35:95–8.
2. Starfield MD. Seminario de Innovación 2007. Subspecialization versus increased comprehensiveness in Primary Care [consultado 15/1/2009]. Disponible en: URL: www.fcs.es/fcs/ppt/starfield_es.ppt.
3. Boerma WGN. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. [tesis doctoral]. Utrecht: NIVEL; 2003.
4. Gervas J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S. Seminario de Innovación 2007. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. 2008;40:253–5.
5. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97–102.

Elena Serrano Ferrández

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria El Carmel, Barcelona, España

Correo electrónico: elenasf7@gmail.com
(E. Serrano Ferrández)

Bioética de la gestión del tiempo: ¿tiene sentido lo que hago en la consulta?

Bioethics of time management, does it make sense to do this in the clinic?

La bioética de la gestión del tiempo se pregunta sobre el uso éticamente adecuado de este recurso. El presente estudio entiende que algo tiene sentido cuando se considera correctamente orientado a un fin apropiado. Se asume que el sentido del ejercicio médico tiene que ver directamente con la orientación de éste a los fines de la medicina: prevención, alivio del sufrimiento, curación, cuidado de los que no se pueden curar, evitación de la muerte prematura y el hecho de velar por una muerte en paz¹.

El objetivo de este estudio es conocer cómo valoran y gestionan los médicos de familia de un centro de salud el tiempo de la consulta según este criterio: su orientación a los fines de la medicina.

Se trata de un estudio observacional prospectivo en el que, entre mayo y septiembre de 2008, 6 médicos de familia de un centro de salud registraron durante 10 días las consultas realizadas en su jornada laboral normal. Se definió como «consulta con sentido» a aquella que se valoró

positivamente porque cumplía con estos 2 criterios: a) se había trabajado con una orientación directa a los fines de la medicina y b) el trabajo se había dedicado a resolver un problema de salud significativo. Se definió como «consulta carente de sentido» a aquella que se valoró negativamente porque no cumplía con alguno de los criterios anteriores.

Cada médico registró con un cronómetro digital XNote Stopwatch fecha, hora de inicio y fin de la consulta, y el tiempo dedicado a cada una. Al finalizar cada consulta, se la clasificó según la principal actividad realizada en ella. Los tipos de actividad considerados para generar esta variable y su definición se exponen en la [tabla 1](#). Los autores acordaron que las actividades dedicadas a prevención y promoción de la salud, a resolver problemas somáticos o psíquicos significativos y a la supervisión de estudios de problemas significativos que habían realizado otros médicos proporcionaban sentido a una consulta. Por el contrario, las actividades dedicadas exclusivamente a problemas banales, a tranquilizar por problemas insignificantes o a tareas meramente administrativas vaciaban de contenido y de significado el trabajo.

El análisis estadístico de los datos se hizo mediante el cálculo de porcentajes, medias y estimación para un intervalo de confianza (IC) del 95%. Para ver si hubo

Tabla 1 Tipos de actividad

1. **PPS:** tarea orientada a la prevención en adulto sano o con factores de riesgo; por ejemplo: hipertensión, diabetes, tabaquismo, etc.
2. **PS:** tarea orientada a abordar problemas de carácter somático; por ejemplo: diagnóstico precoz de enfermedades potencialmente peligrosas (cáncer); diagnóstico y tratamiento de problemas agudos, crónicos o agudizaciones (crisis asmática, coma diabético, crisis hipertensiva).
3. **PP:** tarea orientada a abordar problemas de carácter psíquico y con repercusión funcional relevante.
4. **SUP:** tarea orientada a la reevaluación pormenorizada de estudios de problemas somáticos o psíquicos significativos que hayan realizado otros médicos.
5. **BAN:** tarea orientada a abordar problemas somáticos y psíquicos insignificantes, problemas con mínima o nula repercusión funcional, como catarros o gastroenteritis con mínima afectación del estado general.
6. **TR:** tarea orientada a abordar síntomas insignificantes o con mínima repercusión funcional en personas que, sin estar diagnosticadas de un problema psíquico relevante previamente, consultan por estar preocupadas por estos síntomas.
7. **BUR:** consulta orientada a la realización de actividades de carácter administrativo, como extensión de recetas, documentos de incapacidad temporal, o documentos de otro tipo.

BAN: problemas banales; BUR: actividades burocráticas; PP: problemas psíquicos significativos; PPS: prevención y promoción de la salud; PS: problemas somáticos significativos; SUP: supervisión; TR: tranquilización.

diferencias se utilizó el test de la t de Student con un nivel de significación del 0,05.

La presión asistencial media diaria fue de 28 consultas al día (26 a 29 para un IC del 95%). El promedio de tiempo dedicado a cada una de las consultas fue de 6,91 min (6,60 a 7,23). No hubo diferencias significativas entre los médicos. El tiempo medio por tipo de consulta en minutos fue de 9,4 min (8,6 a 10,2) por consulta de problemas somáticos; 8,0 min (7,1 a 8,9) por consulta de supervisión; 8,6 min (7,5 a 9,7) por consulta de prevención; 10,4 min (8,8 a 12,1) por consulta de problemas psíquicos; 3,4 min (3,1 a 6,9) por consulta de burocracia; 6,5 min (5,9 a 7,1) por consulta de problemas banales, y 7,0 min (5,3 a 8,7) por consulta de tranquilización. El tiempo promedio por consulta considerada con sentido fue de 9,1 min (8,6 a 9,6), y por consulta considerada sin sentido fue de 4,4 min (4,1 a 4,6). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

La distribución del tiempo total de consulta por actividad principal fue la siguiente: el 39% por problemas somáticos; el 12% por supervisión; el 12% por prevención; el 7% por problemas psíquicos; el 16% por burocracia; el 11% por problemas banales, y el 3% por tranquilización. En total, el 70,1% del tiempo se dedicó a actividades consideradas con

sentido y el 29,9% se dedicó a actividades consideradas como carentes de sentido.

El porcentaje de consultas con actividades consideradas con sentido fue del 53,1% y el de consultas dedicadas exclusivamente a actividades consideradas carentes de sentido fue del 46,9%.

La pregunta «¿tiene sentido lo que hago cada día en consulta?» no es irrelevante. Puede plantearse por múltiples motivos, entre ellos, por el peso de la rutina², la sobrecarga laboral, la pereza o el desgaste profesional³. Es significativo subrayar que la recogida de datos supuso ya un esfuerzo de mejora en el que el investigador se obligaba a reflexionar tras cada consulta cómo había empleado su tiempo.

Los resultados indican que el tiempo medio por consulta con actividades que le confieren sentido a ésta fue del doble que el tiempo empleado en actividades que generan consultas sin sentido, y que la mayoría del tiempo está dedicado a consultas con actividades consideradas con sentido. Sin embargo, el porcentaje total de tiempo dedicado a consultas con actividades sin relación directa con los objetivos de la medicina, del que una buena parte era burocracia, fue claramente excesivo (29,9%). Además, dos tercios del número de consultas carentes de sentido fueron de este tipo.

Estos datos indican que, aunque se realiza un uso razonable del tiempo disponible y se da prioridad a las consultas médicamente significativas, el número de consultas exclusivamente no orientadas a los fines de la medicina es inaceptable. Para cambiar esto serán necesarias medidas correctoras en toda la organización. Si este problema no se soluciona, probablemente contribuirá a la desmoralización de los propios médicos de familia y a confirmar la tendencia a la pérdida de atractivo de este trabajo para futuras generaciones⁴.

Bibliografía

1. Allert G, Blasszauer B, Boyd K, Callahan D, et al. The goals of medicine: Setting new priorities. *The Hastings Center Report* 1996;26:51–527.
2. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31:227–33.
3. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrero M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)* 2004;123:265–70.
4. Woo B. Primary care-the best job in medicine?. *N Eng J Med* 2008;355:864–6.

Santiago Álvarez Montero*, Inmaculada López Rodríguez, Paloma Gutiérrez Sordo, Aranzazu Luaces Gayán, María Auxiliadora Fernández Peña y María Antonia De Prada Rodríguez

Centro de Salud de Torrelodones, Spain

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Santiago.am@telefonica.net (S. Álvarez Montero).