

artículo de opinión

La necesidad de recuperar la calidad asistencial y la dignidad del profesional en la Atención Primaria de salud

R. de Pablo González

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Arrabal. Zaragoza.

En los últimos años se están levantando voces de descontento en diferentes puntos del país por la evolución que está siguiendo la Atención Primaria. El envejecimiento de la población, la inmigración, el empuje de las nuevas tecnologías, el aumento de las expectativas en calidad de vida de la población, unido a un aumento importante de la burocratización, a una casi congelación de plantillas y a un racaneo en el nivel de sustitución por ausencia, nos ha llevado a un incremento importante de la demanda asistencial¹, provocando agobio y falta de tiempo.

Las prisas, el agobio, la falta de tiempo conllevan importantes cotas de ansiedad en el médico y un aumento importante de la posibilidad de error. La cronificación y empeoramiento de esta situación hace que muchos profesionales adopten actitudes reactivas para sobrevivir, pasando el día como se puede, derivando al especialista problemas que con un poco más de orden y sosiego se podían resolver en el primer nivel asistencial. Este hecho nos está costando muy caro, ya que poco a poco vamos perdiendo lo que tan costosamente hemos aprendido por no usarlo, vamos perdiendo resolutividad y, lo que es más grave, la confianza del paciente y nuestra propia autoestima profesional.

A esta situación se le añade la presión por el ahorro que se hace desde las gerencias, creando situaciones que rayan lo no ético y ya con demasiada frecuencia se realizan contratos "basura" con condiciones laborales y económicas insultantes, que nos hacen perder la dignidad al soportarlas o consentirlas.

El deterioro del sistema sanitario público está siendo notorio y progresivo², cada vez menos resolutivo y accesible, lo que provoca la huida del sistema público al sistema privado de la población que se lo puede permitir, permaneciendo en el público aquella población que no tiene otro remedio, convirtiéndose poco a poco el sistema sanitario en un sistema de beneficencia.

Es hora de recuperar el orgullo como personas y como profesionales, necesitamos sentir que lo que hacemos lo hacemos bien, que es útil tanto para el paciente como para la sociedad y que se nos reconoce y retribuye de acuerdo a nuestra preparación, responsabilidad y trabajo. No nos duele llegar a casa agotados cuando lo que hemos hecho está bien hecho, es útil y te pagan bien por ello, lo que es insopportable es llegar a casa extenuado y frustrado por un esfuerzo sin sentido y burocratizado con sueldos miserables. Los porcentajes de profesionales quemados y desmotivados según diferentes trabajos de diferentes lugares del país^{3,4} son muy altos, entre el 30% y el 40%, lo que resulta muy grave si pensamos que un profesional motivado toma iniciativas, potencia sus capacidades, contagia ilusión, mientras que un profesional desmotivado tiene peor rendimiento, utiliza peor los recursos, es altamente susceptible, contagia desilusión. Se sabe desde Donabenian⁵ que la satisfacción del paciente está en estrecha relación con la del médico. Un profesional desmotivado tiende al absentismo psíquico⁶, está presente físicamente pero no su ilusión, no su implicación y ésta es la puesta en marcha hacia el *burnout*. La mayoría de los médicos parten con altas cotas de motivación, no hace falta que se les motive, pero es vital que no se les desmotive.

Se está perdiendo lo que más nos motiva, que es la sensación del trabajo bien hecho⁷; es fundamental que paremos y reflexionemos cómo podemos recuperar la ilusión, la motivación y nuestra dignidad. Es necesario recuperar nuestra autoestima profesional y para ello es necesario:

—Sentir que sabemos: *formación*, sentirnos bien formados o, al menos, tener la esperanza de que podemos llegar a estarlo.

—Sentir que podemos: *condiciones laborales adecuadas*, que nos permitan aplicar lo que sabemos preservando a la vez nuestra salud.

Correspondencia:
R. de Pablo González.
Centro de Salud Arrabal.
C/. Gracia Gazulla, 16.
50015 Zaragoza.
Correo electrónico: rdepablo@able.es
Plataforma 10 minutos
www.diezminutos.org

La formación

Es de vital importancia, puesto que aumenta nuestra competencia y estimula de forma notable la motivación, pero hay que tener en cuenta que si las condiciones laborales no permiten aplicar lo aprendido puede tener un efecto paródicamente negativo en la motivación.

La gran mayoría de nosotros trabajamos en exclusividad para la sanidad pública, y lo que aprendamos revertirá directamente en la empresa y los ciudadanos. La empresa tiene que facilitar la formación a sus profesionales y en gran medida dentro del horario laboral; se dan con demasiada frecuencia prolongaciones encubiertas de la jornada para la formación, frecuentemente a costa del tiempo libre y recursos del trabajador, lo que es inadmisible.

Condiciones laborales adecuadas

- Organización.
- Tiempo.
- Acceso a medios diagnósticos complementarios.

El hacer las cosas bien requiere, además de tener competencia, un cierto tiempo y un determinado grado de orden. Trabajamos con personas que sufren y que solicitan nuestra ayuda, esto implica un importante flujo de emociones, pensamientos y creencias que es necesario contener y conocer, toma de decisiones, escuchar, informar, pactar, educar, todo lo que supone un importante gasto de energía física, psíquica y emocional.

Como seres humanos tenemos nuestras limitaciones físicas, psíquicas y emocionales, y su desbordamiento tiene unas nefastas consecuencias para todos: aumentan los errores, las malas relaciones médico-paciente, el mal uso de los recursos y, a medio plazo, la pérdida de salud del trabajador.

Esto es necesario tenerlo en cuenta a la hora de planificar la carga laboral, valorando factores como la curva de rendimiento laboral, evitando la inversión emocional (visión negativa del trabajo por agobio) y precipitación del gatillo de resolución (toma de decisiones) por falta de tiempo.

Organización

Se basa, entre otros, en los siguientes criterios⁸:

—*Criterio coste-efectividad*: que la actividad la realice aquel estamento o nivel asistencial que mejor relación calidad, coste, accesibilidad a la población tenga, es decir, las tareas que puede hacer un administrativo o enfermería que no las haga el médico, y habrá actividades que será mejor que las haga el médico de Atención Primaria que en especializada y viceversa.

—*Evitar los cuellos de botella*: repartir las cargas de trabajo evitando las desigualdades entre estamentos e individuos. Es conveniente dotar de suficiente personal a todos los estamentos para permitir una distribución de tareas según el criterio coste-efectividad mencionado anteriormente.

—*Agendas de calidad* racionalizando y planificando la asistencia, sabiendo que el 50% de la asistencia es progra-

mable, el 35% es demorable y sólo un 15% de la asistencia es necesario verla en el mismo día de cita⁹.

Tiempo

Es necesario disponer de tiempo adecuado para:

—*Tareas no asistenciales*: es imprescindible disponer dentro de la jornada laboral de tiempo para tareas no puramente asistenciales, precisamente para realizar mejor la asistencia; es conveniente respetar este tiempo, al menos un 30% de la jornada, para que la asistencia no se devore a sí misma. Es importante disponer de tiempo para formación, docencia e investigación, trabajo de despacho, reuniones organizativas, reuniones informales, para una buena atmósfera de equipo⁸, coordinación con la especializada, etc.

—*Un tiempo adecuado para cada visita*⁹⁻¹⁴: en la bibliografía existen bastantes referencias que nos comentan la necesidad de disponer, al menos, de 10 minutos de media por paciente; también nos dicen que 7 minutos son escasos y que 5 son claramente insuficientes.

¿Cómo se pueden rentabilizar las limitadas energías y aprovechar el valioso tiempo del médico? Dejando la discusión sobre la necesidad de nuevas fórmulas de gestión que den más independencia de actuación al profesional^{15,16}, eliminando numerosos mandos intermedios que crean barreras comunicativas y burocracia y también sobre el margen que todavía tenemos de aumentar nuestro rácanao porcentaje del PIB para la sanidad pública, en especial para Atención Primaria¹⁷, nos centraremos en analizar el tipo de visitas que existen en la mayoría de los centros de salud⁸. En ellos, el 40% de la demanda se dedica a la burocracia, otro 40% a la patología crónica y sólo queda un 20% de la demanda para nuevos problemas y nuevos pacientes. Tenemos la imperiosa necesidad de eliminar papeles superfluos de la consulta con sistemas más modernos y ágiles, resituando la burocracia en los niveles y estamentos que proceda, del tal forma que se reduzcan a tan sólo un 10% las visitas burocráticas. Uno de los errores que estamos cometiendo es la excesiva “protocolitis”, secuestrando e infantilizando a números pacientes, esto es todavía más notorio en enfermería y creo que uno de los graves problemas de la reforma de la Atención Primaria es que no se ha sabido adecuar debidamente el papel de enfermería, centrándose en exceso y casi en exclusividad al paciente crónico. Hay que flexibilizar más los protocolos y dotar de mayor autonomía al paciente crónico, de tal forma que se reduzca a un 20% la demanda dedicada a él. Si se consigue reducir el porcentaje de demanda dedicada a la burocracia en un 10% y a los pacientes crónicos a un 20% nos quedaría un 70% de la demanda disponible para nuevos pacientes y nuevos problemas, aumentando mucho nuestra accesibilidad y resolutividad.

La medida de disponer de más tiempo por visita es por sí mismo generadora de más tiempo. El disponer de más tiempo cambia a una actitud proactiva de resolver el problema del paciente “aquí y ahora”, aumentando la satisfacción del mismo y evitando frecuentaciones innecesarias.

Esto es especialmente útil en el paciente hiperfrecuentador, ya que al plantear mejor sus complejos problemas de trasfondo, se consigue que venga menos. Creo que es mucho más rentable visitar 25 pacientes a una media de 10 minutos que 50 pacientes a una media de 5.

Un contundente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸ sobre los sistemas sanitarios públicos europeos nos explica de forma contundente el por qué estamos como estamos, explicitando datos como los siguientes:

—Globalmente el porcentaje del PIB dedicado a la salud ha bajado. En 1993 era del 7,6% y en 1998 del 7,1%, lo que nos sitúa en el séptimo peor de 29 países europeos.

—Esto es más manifiesto en Atención Primaria, donde del 40,7% del gasto sanitario en 1982 baja al 32,8% en 1991 (incluido el gasto farmacéutico directo e inducido), siguiendo esta tendencia en los últimos años a pesar de que en este período la población a atender pasa de 32 a 39 millones.

—El porcentaje de médicos de Atención Primaria en España, con respecto al total en ejercicio, es del 37%, en muchos países desarrollados se acerca al 50%.

—España es el país europeo en el que el médico de Atención Primaria visita más pacientes por semana, siendo superior en un 40% a la media europea.

—De 1992 a 1997 la demanda creció un 17% con igual población.

—Es el país que menos tiempo dedica a sus pacientes por visita.

—A pesar de todo ello, es el país con mejores resultados en accesibilidad, resolutividad y continuidad en los cuidados (alta presión y profesionalidad de sus médicos).

Parece claro que los recursos destinados a la sanidad pública son claramente mejorables y que los buenos indicadores sanitarios de este país son en gran parte debidos a una alta dedicación y profesionalidad de sus trabajadores y a costa también de bajos salarios y las malas condiciones laborales que éstos soportan, pero ¿qué pasará cuando la desmotivación, el absentismo psíquico y el *burnout* sea lo cotidiano entre los médicos del sistema público?

¿Hacia dónde vamos?, ¿en qué se está convirtiendo la sanidad pública?, ¿cómo estaremos dentro de 5 años? Es fundamental parar el proceso de deterioro, recuperar la ilusión, la autoestima y la dignidad, por nosotros y nuestros pacientes, nos lo debemos y se lo debemos y esto es un problema de todos, independientemente de la sociedad científica a la que pertenezcamos, en qué sindicato estemos afiliados o a qué partido votemos, es un problema de dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta vasca de salud de 1997. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad del gobierno Vasco, 1998.
2. Bengoechea E, del Llano JE. Las cifras del sistema sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España (1980-1994). En: Navarro C, Cavases JM, Tormo MJ, editores.
3. De Pablo González R, Suberviela González F. Prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1998; 22(9): 580-4.
4. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. *Burnout* en los médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria 2002;29(5):294-302.
5. Donabedian A. La calidad en la atención médica. La prensa Médica, Mexicana. México. 1984.
6. García Sánchez S. El absentismo psíquico. FMC 2002; 9(1):41-6.
7. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia(I). Aten Primaria 2001;28(7):480-90.
8. Ruiz Téllez A. La organización de un equipo de atención primaria. Centro de Salud 7(10):592-606.
9. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Vitoria, 2001. Disponible en: Instituto@pCOM.
10. Blumenthal D, et al. The duration of ambulatory visits to physician. J Am Pract 1999; 48(4):264-71.
11. Cross D. Patient satisfaction with time spent with their physician. J Fam Pract 1998;47(2).
12. Doring LA. Communication problems of the chronically ill. Aust Fam Physician 1992;21:791-13.
13. Dugdale DC, Epstein RM, Pentilat S. Time, the patient-physician relationship and manager care. J Gen Intern Med 1997.
14. Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. BMJ 2001;323:266-8.
15. Gérvas J, Albert V. Organización y gestión clínica. SEMERGEN 2002;28:295-6.
16. Lleras S. Gestión por procesos: su utilidad en atención primaria. SEMERGEN 2002;28:307-14.
17. Seguí M. ¡Por favor, inviertan en los centros de salud! No especialicen. SEMERGEN 2002;28:370-3.
18. Informe de la OMS. Health Care Systems in Transition" Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europa. 2000.AMS 5012667(SPA) tagert 19.2000.