Localizador web
Artículo 108.312

Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socioprofesionales en atención primaria

M.D. Pérez-Cárceles[a], J.E. Pereñíguez-Barranco[b], E. Osuna-Carrillo de Albornoz[c] y A. Luna-Maldonado[d]

Objetivos. Describir la información proporcionada por los médicos de atención primaria a sus pacientes en las distintas fases del proceso asistencial y analizar si guarda relación con las características socioprofesionales en las que se desarrolla su labor profesional.
Diseño. Descriptivo, transversal.
Emplazamiento. Atención primaria de Murcia.
Participantes. Un total de 227 médicos de atención primaria.
Mediciones principales. Cuestionario que incluía: *a)* variables socioprofesionales (edad, sexo, estado civil, años de ejercicio, años en el puesto actual, medio laboral, formación previa, número de tarjetas sanitarias, demanda asistencial media diaria); *b)* valoración de la satisfacción profesional (mediante una escala tipo Likert) en relación con la retribución económica, la pertenencia al grupo profesional, la actuación de los jefes inmediatos y la consulta diaria, y *c)* frecuencia en la información proporcionada a los pacientes sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento, exámenes complementarios e impacto socioprofesional y familiar del proceso.
Resultados. El porcentaje de médicos que siempre informan sobre diagnóstico, tratamiento, pronóstico, exámenes complementarios e impacto socioprofesional y familiar del proceso fue, respectivamente, del 23,3; 7; 64,3; 40,5 y 9,7%. Hay una asociación directa entre la satisfacción laboral de los médicos y la información proporcionada a sus pacientes. La asociación es inversa entre el número de tarjetas sanitarias y la información proporcionada a los pacientes.
Conclusiones. El cumplimiento del deber de información no alcanza unos niveles de eficacia suficientes. Hay una insatisfacción laboral generalizada en los médicos de familia que influye negativamente en el derecho de información del paciente. Una menor carga asistencial mejora de manera significativa la información proporcionada a los pacientes. Sería conveniente articular mecanismos de mejora en las condiciones laborales para evitar el incumplimiento del derecho de información del paciente.

Palabras clave: Satisfacción laboral. Información. Comunicación. Atención primaria.

THE PATIENT'S RIGHT TO INFORMATION: INFLUENCE OF SOCIO-PROFESSIONAL FACTORS IN PRIMARY CARE

Objectives. To describe the information provided by primary care doctors to their patients in different phases of the care provision process and to analyse any relationships with socio-professional factors.
Design. Descriptive, cross-sectional study based on postal questionnaire.
Setting. Primary care centres in Murcia, Spain.
Participants. 227 family physicians.
Interventions. Distribution of a questionnaire which includes: *a)* socio-professional variables (age, sex, marital status, years in practice, years in present post, work environment, previous training, number of patients on list, number of patients seen daily); *b)* an evaluation of job satisfaction (Likert scale) related to salary, career choice, immediate superiors and daily surgery; and *c)* the frequency with which information is provided to patients concerning diagnosis, prognosis, treatment, complementary examinations and personal, professional and family impact.
Main measurements and results. The reply rate was 59%. The percentages of doctors who always provided information concerning diagnosis, prognosis, treatment, complementary examinations and person, professional and family impact was, 23.3%, 7%, 64.3%, 40.5%, and 9.7%, respectively. There was a direct and statistically significant relationship between job satisfaction and the information provided to patients, the doctors feeling most satisfaction providing the most information on the different phases of the care process. On the other hand, there was an inverse and statistically significant relationship between the number of patients on the doctors' lists and the information provided.
Conclusions. The degree of fulfilment of the patient´s right to information is low. Doctors should realise the practical importance of clinical information in their work. There is a general feeling of discontent amongst family doctors, which has a negative impact on their professional activity. A lighter workload would significantly improve the extent to which doctors provide patients with information and mechanisms should be put in place to improve working conditions to avoid the non-fulfilment of the patient´s right to information.

Key words: Job satisfaction. Information. Communication. Primary care.

English version available at
www.atencionprimaria.com/151.307

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 75)

[a]Área de Medicina Legal. Universidad de Murcia. Murcia. España.
[b]Centro de Salud de Espinardo (Murcia). Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Murcia. Murcia. España.
[c]Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia. Murcia. España.
[d]Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia. Murcia. España.

Correspondencia:
M.D. Pérez-Cárceles.
Área de Medicina Legal y Forense.
Universidad de Murcia.
Campus de Espinardo. Espinardo.
30100 Murcia. España.
Correo electrónico:
mdperez@um.es

Manuscrito recibido el 18 de febrero de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 25 de abril de 2005.

Introducción

El derecho a la información sanitaria y, de manera específica, el derecho a la información sobre la enfermedad y las alternativas de tratamiento es uno de los pilares básicos de la relación médico-paciente y un derecho reconocido internacionalmente. En la actualidad, la Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica[1] reconoce en su artículo 5 el derecho del paciente a la información sanitaria, lo que se convierte, por lo tanto, en una obligación del médico.

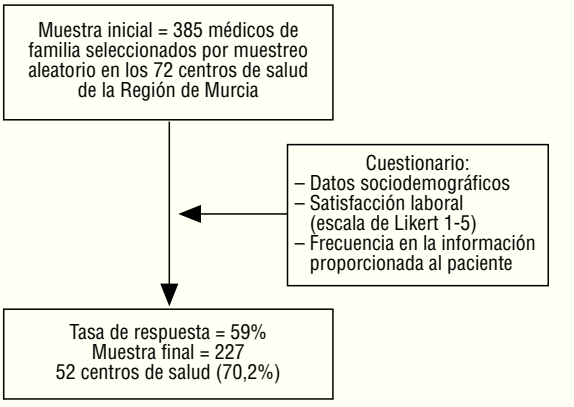
La información al paciente se basa en el derecho a la protección de la salud y en la libertad del enfermo. Tiene por finalidad garantizar el éxito del tratamiento proporcionando al paciente los datos que le permitan aceptar y conocer su enfermedad, organizar y adecuar su conducta durante el tratamiento y permite al médico ofrecer explicaciones coherentes a lo largo de éste, así como justificar sus consejos y decisiones durante el proceso patológico.

Una de las características que define a la especialidad de medicina de familia es el desarrollo de una relación entre médico y paciente sostenida en el tiempo[2]. Por lo tanto, la información en atención primaria presenta algunas peculiaridades, ya que se trata de un proceso continuo y continuado, construido por la acumulación de pequeñas porciones de la vida de los pacientes y de la suma de un conjunto de decisiones que hay que adoptar en cada momento, y que la diferencian del proceso de información en el ámbito hospitalario. Se han realizado diversos estudios para conocer la información proporcionada a los pacientes preguntándoles directamente a ellos; sin embargo, hay poca documentación obtenida directamente de los profesionales.

Diversos estudios realizados en distintos países coinciden en que la motivación y la satisfacción de los médicos de familia ha disminuido de manera significativa en estos últimos años y en que el descontento en estos profesionales es generalizado. Como grupo profesional, los médicos de familia están en desacuerdo con la situación actual en la que desarrollan su labor profesional y presentan criterios bastante unificados en cuanto a la necesidad de realizar reformas específicas[3].

La importancia de la satisfacción profesional reside, entre otros factores, en que el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema sanitario está directamente relacionado con el grado de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y su vinculación con la motivación. La desatención a la satisfacción de las necesidades de los profesionales y a su motivación se puede traducir en situaciones caracterizadas por el sentido de distanciamiento, la despersonalización y la inadecuación profesional, y la consecuente pérdida de calidad en los servicios.

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal para conocer la frecuencia con la que los médicos de familia informan a sus pacientes en las diferentes fases del proceso asistencial y su relación con la situación laboral, mediante cuestionarios enviados a los centros de salud.

El objetivo del estudio es describir la información proporcionada por los médicos de atención primaria a sus pacientes durante el proceso asistencial y analizar si guarda relación con las características socioprofesionales en las que se desarrolla su labor asistencial.

Pacientes y método

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal.

Población de estudio

La muestra se obtuvo del total de médicos de familia que realizan su actividad profesional en los distintos centros de salud de la Región de Murcia en el año 2002.

El tamaño de la muestra inicial fue de 385, calculada con una p = 0,5, una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%. La selección de los médicos fue realizada mediante muestreo aleatorio estratificado.

Los datos se obtuvieron de un cuestionario validado y autoadministrado. Para la elaboración del cuestionario se utilizó la técnica de «tormenta de ideas» *(brain storm),* en la que participaron 7 médicos de familia y 3 profesores universitarios. Para estudiar la consistencia interna en una primera fase, el cuestionario fue contestado por 30 médicos que aportaron sugerencias de mejora y, con los resultados obtenidos, se aplicó el test alfa de Cronbach (α = 0,87), resultando 11 ítems para definir los condicionamientos sociolaborales (tabla 1), 4 ítems que establecen la satisfacción laboral (medida mediante una escala de Likert de 1 a 5) con la consulta diaria, la pertenencia al grupo profesional, el salario y la

TABLA 1 **Características socioprofesionales de la muestra**

Edad (años), media ± DE	44,2 ± 7,1
Varones	64,3%
Casados	78,9%
Años de ejercicio profesional (media ± DE)	17,8 ± 7,5
Antigüedad en el puesto actual (media ± DE)	6,5 ± 6
Medio laboral	
Urbano (> 15.000 habitantes)	29,1%
Semiurbano (5.000-15.000 habitantes)	52,4%
Rural (< 5.000 habitantes)	18,5%
Formación previa	
Médico interno residente	49,8%
Otras vías	30,4%
Otras especialidades	19,8%
Tipo de actividad laboral	
Pública	92,1%
Pública y privada	7,9%
Tarjetas sanitarias individuales, media ± DE	1.786 ± 295,2
Demanda asistencial media diaria	
30-40 pacientes	18,9%
41-50 pacientes	35,7%
51-60 pacientes	29,5%
> 60 pacientes	15,9%
Centro docente	49,8%

DE: desviación estándar.

actuación de los jefes inmediatos, y 5 ítems para valorar la frecuencia con la que los profesionales informan a sus pacientes sobre el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, los exámenes complementarios, y el impacto laboral y sociofamiliar de su proceso.

Método de recogida de datos

Los cuestionarios fueron enviados por correo y se solicitó a los responsables de los equipos de atención primaria que los hicieran llegar a los médicos de familia de los centros seleccionados y que, de forma anónima y voluntaria, los cumplimentaran. Las respuestas fueron enviadas al investigador en un sobre cerrado.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete SPSS 11.0; los programas aplicados fueron la distribución simple de frecuencias y la asociación entre variables (χ^2 de Pearson).

Resultados

La muestra final fue de 227 médicos de familia, lo que representa una tasa de respuesta del 59%. De un total de 72 equipos de atención primaria, respondieron a la encuesta 56 (el 77,7% de los equipos de atención primaria de la región).

TABLA 2 **Proporciona información al paciente**

	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Diagnóstico (%)	0,9	5,8	70	23,3
Pronóstico (%)	0,9	29,5	62,6	7
Tratamiento (%)	0	0,4	35,3	64,3
Exploraciones complementarias (%)	0	10,6	48,9	40,5
Impacto sociolaboral y familiar (%)	1,3	30,3	50,7	9,7

Características sociolaborales de los profesionales

Las características sociolaborales de la muestra estudiada aparecen recogidas en la tabla 1. Los profesionales encuestados se encuentran mayoritariamente en el rango de 36-55 años (84,6%), los varones suponen casi el doble que el grupo de mujeres, y la mayoría están casados. El grupo de médicos con 11-20 años de ejercicio profesional es el mayoritario (52,4%), seguido del grupo de entre 21-30 años (26%). En cuanto a la antigüedad en el puesto a la hora de realizar la encuesta, el 30% de los sujetos entrevistados cuenta con menos de 3 años, seguidos del 26% con 3-5 años; estas cifras decrecen progresivamente hasta llegar al grupo con más de 15 años de antigüedad (11%). El medio laboral donde la mayoría de los profesionales ejercen su actividad es el medio semiurbano.

La formación previa de estos profesionales se ha realizado mayoritariamente a través de la vía médico interno residente (MIR) en medicina familiar y comunitaria, y una menor proporción ha accedido al título de especialista por distintos cursos de homologación y por otras especialidades. Desarrollan su actividad principalmente en el sector público de manera exclusiva. El número de pacientes adjudicados a cada profesional está preferentemente entre 1.901-2.100 (32,6%) y el grupo de menos de 1.500 targeta sanitaria individual (TSI) es sólo el 20,3%. La mayoría de los médicos atiende a 41-50 pacientes diarios. La mitad de los profesionales desarrolla su labor en un centro docente.

Satisfacción laboral de los profesionales

Los valores medios (determinados mediante una escala de Likert de 1-5, siendo 5 el mayor grado de satisfacción) de la satisfacción de estos profesionales en relación con su retribución económica, pertenencia al grupo profesional, actuación de sus jefes y consulta diaria son los siguientes, respectivamente: 2,59 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,47-2,71); 3,24 (IC del 95%, 3,11-3,37); 2,33 (IC del 95%, 2,18-2,48) y 3,01 (IC del 95%, 2,89-3,13).

Información durante las fases del proceso asistencial

El 50,7% de los profesionales suministra información a los pacientes exclusivamente de forma oral; el resto lo hace combinando la información oral y escrita. Sólo el 23,3% de los médicos informa siempre al paciente sobre el diagnóstico inicial. Exclusivamente el 7% de los profesionales in-

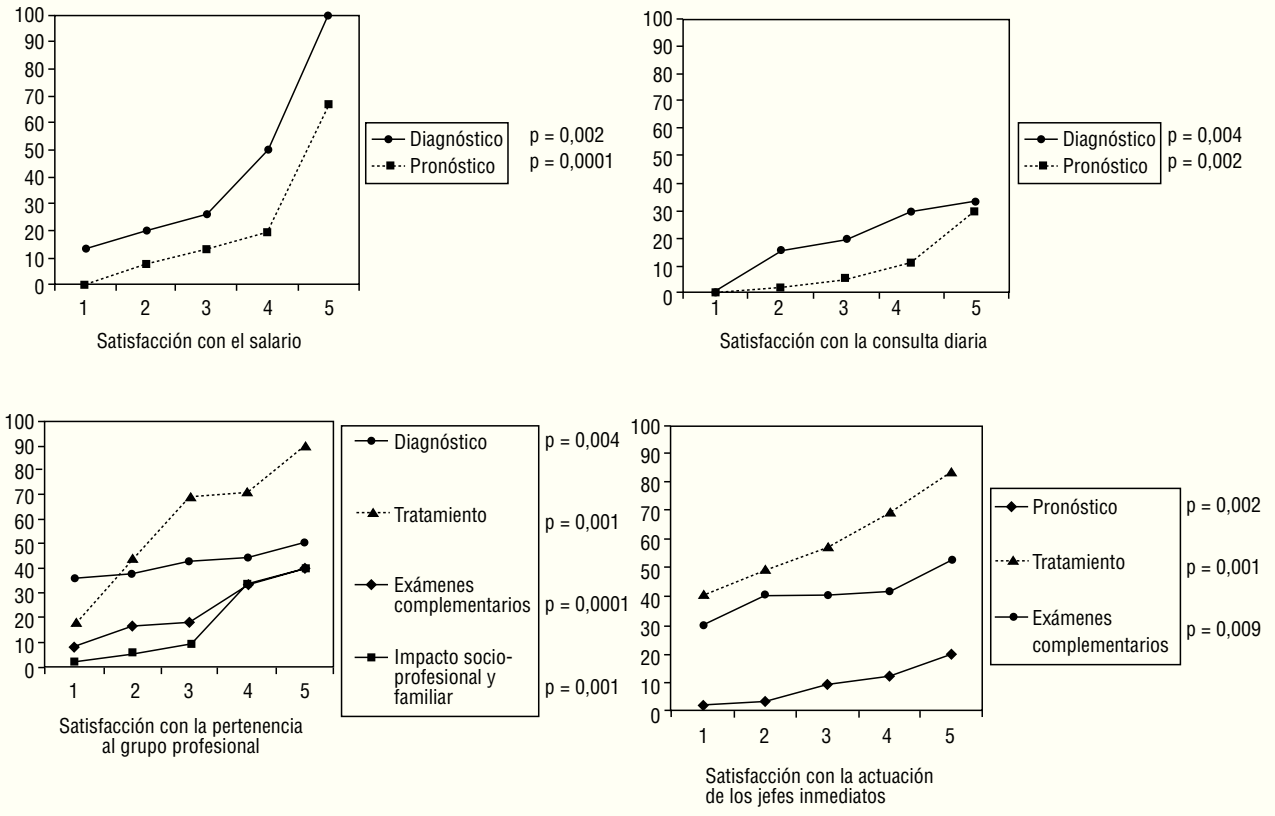


FIGURA 1 Asociación entre la satisfacción laboral medida en diferentes aspectos y el porcentaje de médicos que informa siempre a sus pacientes en las diferentes fases del proceso asistencial.

forma siempre al paciente sobre el pronóstico, porcentaje que aumenta al 64,3% cuando se trata de proporcionar información sobre la indicación terapéutica. En cuanto a la indicación sobre las exploraciones complementarias, informa siempre el 40,5%. Finalmente, sólo el 9,7% proporciona siempre información sobre el impacto sociolaboral y familiar que puede ocasionar su proceso. Las preguntas realizadas y los porcentajes obtenidos aparecen recogidos en la tabla 2.

Observamos que hay un aumento estadísticamente significativo del número de profesionales que proporciona con una mayor frecuencia información al paciente sobre las distintas fases del proceso asistencial cuanto mayor es el grado de satisfacción profesional en los diferentes aspectos valorados (fig. 1).

Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la edad y la información sobre las exploraciones complementarias; son los médicos más jóvenes (< 35 años) los que mayoritariamente informan siempre a los pacientes (65%; p < 0,001). También hallamos una relación estadísticamente significativa e indirecta entre el número de tarjetas sanitarias individuales (TSI) y la información proporcionada a los pacientes sobre el diagnóstico, el tratamiento y la indicación de exploraciones complementarias. La mayoría de los profesionales con menos de 1.500 TSI proporciona siempre información sobre el diagnóstico (45,7%; p < 0,001), el tratamiento (93,5%; p < 0,001) y las exploraciones complementarias (63%; p = 0,014) (fig. 2).

Discusión

La comparación con datos procedentes de otros estudios es difícil, ya que en la mayoría de los estudios consultados se incluye como sujetos de estudio para valorar la cantidad y la calidad de información sanitaria a los pacientes o usuarios de la sanidad o, en algún caso, se centran en la observación directa en la consulta de esta situación[4]. Sin embargo, nuestros resultados proceden de la apreciación personal de los profesionales, con la que valoramos no intervenciones concretas, sino la actuación generalizada que realizan de manera habitual en relación con la información que proporcionan a sus pacientes.

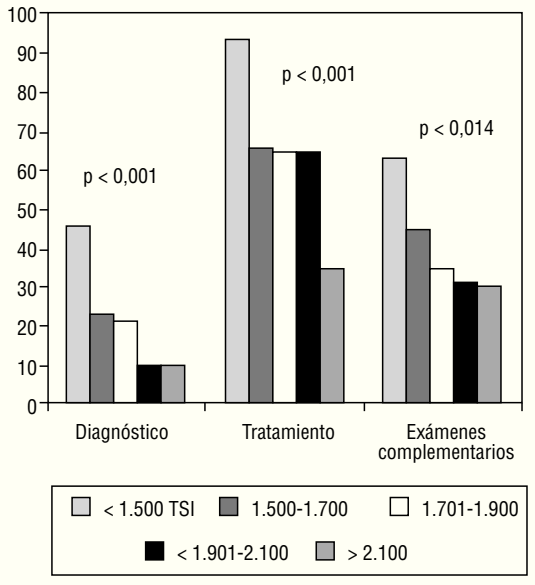


FIGURA 2 Asociación entre número de tarjetas sanitarias y el porcentaje de médicos que informa siempre a sus pacientes en distintas fases del proceso asistencial. TSI: targeta sanitaria individual.

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- El derecho a la información es el pilar fundamental de la relación médico-paciente.
- Hay una situación generalizada de insatisfacción laboral entre los profesionales sanitarios.

Qué aporta este estudio

- El cumplimiento del deber de información no alcanza unos niveles de eficacia suficientes.
- La insatisfacción laboral y la sobrecarga asistencial afectan negativamente al derecho de información del paciente.

Es necesario subrayar que el derecho a la información del paciente puede hallarse desvinculado de cualquier acto de voluntad por su parte, de manera que la información no siempre ha de concebirse como una condición previa a la libre opción terapéutica del paciente, sino que implica el derecho de conocer el estado de su salud y su proceso en todo momento. Este derecho a la información sanitaria corresponde no sólo a la persona enferma, sino también a la sana, para acceder a su derecho a la protección de la salud, lo que permitirá adoptar medidas de carácter preventivo o actitudes de vida que puedan redundar en su mejor estado de salud[5].

Los resultados obtenidos nos indican que el modo en el que los médicos proporcionan información al paciente es, en cerca de la mitad de los casos, casi exclusivamente oral, mientras que el resto utiliza la forma combinada oral y escrita. Sobre el diagnóstico inicial, el tratamiento y las pruebas complementarias, un porcentaje elevado de los médicos de familia informa siempre o casi siempre (93,3, 99,6 y 89,4%, respectivamente); estos porcentajes disminuyen en la información del pronóstico y el impacto sociolaboral del proceso (69,7 y 60,7%, respectivamente), probablemente debido a la cautela con la que afrontan desde atención primaria estas dos fases del proceso asistencial. Sin embargo, hay que señalar que el número de profesionales que informa siempre, solamente en el caso de la información del tratamiento, supera el 50%, con un 64,3%, mientras que la información del diagnóstico (23,3%), el pronóstico (7%), los exámenes complementarios (40,5%) y el impacto sociolaboral y familiar del proceso (9,7%) es deficiente. Por lo tanto, consideramos que el cumplimiento del deber de información no alcanza unos niveles de eficacia suficientes, hecho que está en consonancia con otras investigaciones realizadas en el ámbito de la atención primaria[4] y hospitalaria[6-8].

Desde el sector sanitario hay una seria preocupación por el nivel de calidad asistencial prestada a la comunidad, así como por el grado de satisfacción del usuario, y se dedica menos atención a la salud laboral de los trabajadores sanitarios. Sin embargo, se ha constatado que la insatisfacción del profesional conlleva un serio coste económico y social, debido a su efecto en el clima laboral, el rendimiento y la prestación de los cuidados de salud[9]. El grado de calidad de los servicios prestados en un sistema sanitario está en relación directa con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan, y pone de manifiesto que la desmoralización de éstos es la principal dificultad a la que tienen que enfrentarse los directores y los gestores de los centros sanitarios[10,11]. Se han estudiado diferentes aspectos que producen insatisfacción en los médicos y, en numerosos estudios, se ha identificado la percepción de la pérdida de autonomía como uno de los factores más importantes[12-15]. Además, diversos autores refieren que aumentan la insatisfacción profesional la sobrecarga asistencial, la burocracia, la limitación de recursos, el nivel insuficiente de comunicación con los médicos especialistas y la incapacidad para mantener una relación continua con los pacientes, factores que en definitiva limitan los cuidados al paciente y disminuyen la calidad asistencial[16-18]. A la lista de causas de insatisfacción también se añaden problemas específicos, como la falta de incentivos y el salario profesional[19,20].

Nosotros hemos encontrado que los médicos de familia se encuentran insatisfechos, especialmente en relación con la

retribución económica y con la actuación de sus jefes inmediatos, y sólo llegan a un estado de satisfacción intermedia o de indiferencia en relación con la consulta diaria y la pertenencia al grupo profesional. En España, otros autores también han puesto de manifiesto esta situación de desmotivación e insatisfacción profesional[21,22]. Además, es necesario tener en cuenta que la satisfacción profesional afecta a la satisfacción del paciente[23,24], ya que los profesionales insatisfechos pueden influir negativamente en el comportamiento del paciente como, por ejemplo, en el cumplimiento del tratamiento médico, llevando a una disminución en la calidad asistencial.

Los resultados que hemos obtenido ponen de manifiesto que la satisfacción profesional medida en varias dimensiones y la sobrecarga asistencial medida como número de tarjetas sanitarias se asocian significativamente con la información proporcionada a los pacientes. De manera general observamos que hay un aumento progresivo del número de profesionales que informa siempre a medida que se incrementa la satisfacción profesional, y que los profesionales con menor número de tarjetas sanitarias informa más adecuadamente a sus pacientes. Ello nos permite hacer una llamada de atención sobre las consecuencias negativas de la insatisfacción profesional y la sobrecarga asistencial en el derecho a la información sanitaria de los pacientes.

Podemos concluir que el cumplimiento del deber de información no alcanza unos niveles de eficacia suficientes. Hay una insatisfacción laboral generalizada en los médicos de familia que influye negativamente en el derecho de información del paciente. Una carga asistencial aceptable mejora de manera significativa la información proporcionada a los pacientes.

Es preciso generar en los profesionales la inquietud suficiente para que asuman la importancia práctica de la información clínica en su actividad asistencial, no sólo como un requisito legal, sino como un elemento terapéutico de confianza y refuerzo en el proceso asistencial.

Bibliografía

1. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274-2002 de 15 de noviembre de 2002.
2. Stephens GG. The intellectual basis of family practice. Tucson: Winter Publishing Company; 1982.
3. Shearer S, Toedt M. Family physicians' observations of their practice, well being, and health care in the United States. J Fam Pract. 2001;50:751-6.
4. Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutierrez Marín P, Fernández Alarcón F, Alejandre Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria. 2004;33:361-7.
5. Galán Cortés JC. El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Madrid: Colex; 1997.
6. Pérez-Moreno JA, Pérez Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Información preoperatoria y consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Rev Esp Anestesia Reanim. 1998;45:130-5.
7. Pinto I, Vigil D. Legibilidad de los documentos de consentimiento informado en radiología vascular e intervencionista. Radiología. 1998;40:9-12.
8. Osuna E, Lorenzo MD, Pérez-Cárceles MD, Luna A. Informed consent: evaluation of the information provided to elderly patients. Med Law. 2001;20:379-84.
9. Aranaz JM, Mira JJ, Benavides FJ. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. Todo Hospital. 1994;112:35-40.
10. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome del *burnout* o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1991;11:257-65.
11. Artacoz L, Cruz I, Cubells JL, Moncada I, Lluis S, Sánchez Miguel A. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. Gac Sanit. 1996;10:282-92.
12. Donelan K, Blendon RJ, Lundberg GD, Calkins DR, Newhouse JP, Leape LL, et al. The new medical marketplace: physicians' views. Health Affairs. 1997;16:139-48.
13. Schulz R, Scheckler WE, Moberg DP, Johnson PR. Changing nature of physician satisfaction with health maintenance organization and fee-for-service practices. J Fam Pract. 1997;45:321-30.
14. Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui T, Safran DG. Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. J Gen Intern Med. 2001;16:451-9.
15. Skolnik NS, Smith DR, Diamond J. Professional satisfaction and dissatisfaction of family physicians. J Fam Pract. 1993;37:257-63.
16. Kerr EA, Mittman BS, Hays RD, Zemencuk JK, Pitts J, Brook RH. Associations between primary care physician satisfaction and self-reported aspects of utilization management. Health Serv Res. 2000;35:333-49.
17. Kitai E, Kushnir T, Herz M, Melamed S, Vigiser D, Granek M. Correlation of work structure and job satisfaction among Israeli family physicians. Israeli Med J. 1999;1:236-40.
18. DeVoe J, Fryer GE, Hargraves L, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care. J Fam Pract. 2002;51:223-8.
19. Hueston WJ. Family physicians' satisfaction with practice. Arch Fam Med. 1998;7:242-7.
20. Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman AB. Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. JAMA. 1999;282:261-6.
21. 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;31:277-33.
22. Arce Arnáez MA, Martínez Aguayo C, Sánchez Ludeña ML. El clima laboral en los trabajadores de Atención Primaria. Gac Sanit. 1994;8:79-84.
23. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med. 2000;15:122-8.
24. Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. JAMA. 1985;254:2775-82.

COMENTARIO EDITORIAL

El tiempo no sólo es oro, es sobre todo dignidad profesional

J.M. Bosch-Fontcuberta
Area Bàsica de Salud Encants (Maragall). Grupo Comunicación y Salud (semFYC). Barcelona. España.

Cada vez son más numerosos los datos que apuntan a que la satisfacción laboral de los profesionales de la salud es un elemento de primer orden para el mantenimiento de una asistencia sanitaria de calidad.

Desde hace varios años, y de forma creciente, se ha abierto un amplio debate acerca del progresivo nivel de insatisfacción de los médicos en diversos países, tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio[1]. En nuestro país se habla de una franca crisis de la atención primaria (AP), debida a múltiples factores, que está favoreciendo la aparición de un desgaste profesional *(burnout)* en un elevado porcentaje de médicos de familia (alrededor del 30-50%)[2].

Se sabe que el *burnout* tiende a aparecer en los profesionales (más vulnerables) sometidos a un estrés continuado (p. ej., frente a la atención de múltiples pacientes con escaso tiempo), inmersos en un entorno institucional que no es capaz de aportar el necesario soporte o, incluso, cuando reciben un *feedback* de la actividad diaria muy alejado de sus expectativas profesionales[2,3].

Esta situación conlleva un progresivo distanciamiento del médico (menor implicación), actitudes de despersonalización (relaciones frías y distantes), y sentimientos de frustración profesional y personal, con la consiguiente disminución del rendimiento laboral (consultas menos resolutivas, incremento del gasto en derivaciones, exploraciones complementarias innecesarias, etc.), o simplemente, con mayores niveles de absentismo laboral[2].

Paralelamente a la presencia del desgaste profesional, algunos expertos de la AP de nuestro país describen con detalle cómo muchos médicos tienden a ver lesionada no sólo su motivación extrínseca (la derivada de las compensaciones, como recibir un sueldo acorde con su responsabilidad y conocimientos, o en relación con el reconocimiento de su trabajo), sino también las denominadas motivaciones intrínsecas, es decir, las más sensibles para la persona. Estas últimas son las motivaciones personales que tienen que ver con la satisfacción producida por el trabajo bien realizado a la que, en el caso del médico, se añadiría una motivación trascendente por el hecho de saber que lo que hace (o deja de hacer) tiene una influencia real/significativa en sus pacientes, así como en las personas con las que colabora[4].

Puntos clave

- La insatisfacción de los profesionales conlleva una menor calidad asistencial, en detrimento de la información adecuada a los pacientes.
- Un escaso tiempo de consulta y una sobrecarga laboral excesiva favorecen el *burnout* de los médicos y un progresivo distanciamiento con la organización a la que pertenecen.
- Conviene más que nunca armarse de estrategias protectoras del *burnout,* siempre que el nivel de estrés no sobrepase el límite tolerable.
- La actual crisis de la atención primaria en nuestro país está movilizando a sus sectores más representativos, con el fin de dignificar las condiciones de trabajo de sus profesionales y, en consecuencia, mejorar la calidad asistencial.

El trabajo de Pérez-Cárceles et al es un buen ejemplo de estudio que aporta información cuanticualitativa muy relevante en relación con una pregunta clave: ¿es cierto que diversas variables del entorno laboral (presión asistencial, número de tarjetas sanitarias, sueldo recibido) y el nivel de satisfacción de los médicos influyen en su práctica asistencial?

Frente a una amplia muestra de profesionales, los autores tratan de analizar, a través de un cuestionario autoadministrado (previamente validado), la influencia de diversas variables (socioprofesionales y de satisfacción laboral) en la información proporcionada a los pacientes (con respecto al diagnóstico, el tratamiento, las exploraciones complementarias, el pronóstico, así como el impacto socioprofesional y familiar del proceso).

Los resultados del estudio contestan afirmativamente a la pregunta formulada con anterioridad. Ciertamente, los profesionales que describen una escasa satisfacción laboral

o una cierta indiferencia (situación que afecta a un gran porcentaje de los médicos encuestados), muestran una tendencia a informar menos a sus pacientes, sobre todo en relación con el diagnóstico y el tratamiento del problema, así como en relación con las repercusiones sociofamiliares que pudieran derivarse de éste.

Aunque el trabajo aporta una perspectiva centrada en la descripción de los propios profesionales (situación no contemplada con anterioridad en otros estudios), no podemos obviar el riesgo de una cierta subjetividad de sus respuestas en relación con la frecuencia con la que informan a los pacientes. Podría producirse un sesgo por defecto (escasa información al paciente) debido al propio sentimiento de malestar que supone la insatisfacción laboral, o por exceso (mayor información), con objeto de «maquillar» (más o menos conscientemente) los resultados, a pesar de lo *quemados* que pudieran sentirse.

Las características del estudio no permiten conocer más elementos cualitativos acerca del mismo proceso de informar, como sería, por ejemplo, el nivel de bidireccionalidad, si se tienen en cuenta las expectativas del consultante, si es una información que permite una comprensión compartida con el paciente, o acerca de la capacidad de influencia en el caso de plantear cambios en la conducta de éste.

Aun reconociendo la enorme importancia que supone el hecho de proporcionar información al paciente, conviene recordar que ésta en sí misma tiene sus limitaciones y en no pocos casos, según se administre, puede producir iatrogenia. Algunos ejemplos cotidianos serían la aparición de resistencias por parte del paciente cuando éste se siente obligado a seguir una recomendación terapéutica, a cambiar conductas o estilos de vida o, en ocasiones, simplemente a aceptar un diagnóstico. Las dificultades se acrecientan cuando el médico debe dar malas noticias o cuando debe acompañar pérdidas significativas de sus pacientes.

Ciertamente, sería conveniente realizar más estudios que aporten información no sólo sobre las veces (cantidad) que se proporciona información, sino la manera en que ésta se lleva a cabo (cualidad).

Sin embargo, y a pesar de las limitaciones descritas, el fenómeno de una mayor probabilidad de disminuir la calidad asistencial de los médicos que se muestran insatisfechos, desmotivados o con sentimientos de distanciamiento con respecto a la organización ha sido ampliamente descrito[1,4], y queda corroborado en el trabajo objeto del comentario.

Se sabe que, aun cuando los planteamientos para informar de manera adecuada son fácilmente comprensibles para los estudiantes y los médicos en ejercicio, su aplicación práctica conlleva más dificultades de las previstas. El hecho de proporcionar demasiada información (hablar en exceso en detrimento de la escucha) no aporta mejores resultados en la entrevista, mientras que tiende a disminuir la satisfacción del paciente.

En este sentido, y a pesar del escaso tiempo medio de que disponemos por consulta en nuestro país, un estudio reciente describe que dedicamos un porcentaje todavía menor a la evaluación del motivo de la consulta (con una media de 18,3 segundos) que a proporcionar información (consejo y tratamiento) (con 2,4 minutos de media)[5].

Es más que probable que las condiciones de trabajo en la AP de nuestro país hayan creado una cultura asistencial donde las prisas y el desarrollo de entrevistas cada vez más breves se observen ya en los primeros años de práctica clínica, tal como se ha descrito en el período de formación de los residentes del tercer año de medicina de familia[6]. En este mismo estudio se demuestra un consecuente empeoramiento de la calidad de la relación clínica, tanto por mostrar una menor capacidad para negociar con el paciente como por una escasa exploración de los aspectos personales y contextuales del motivo de consulta.

Se produce, pues, la paradoja de formar excelentes médicos para que trabajen en un entorno que limita claramente su capacidad profesional, aminora sus expectativas y, en consecuencia, germina la desmotivación en muchos de ellos.

Sin embargo, conviene no caer en la trampa de la crítica sistemáticamente fatalista, y pensar que todos los problemas se deben de manera exclusiva a las limitaciones laborales impuestas por la organización (aun reconociendo su gran importancia), sino valorar también el papel que desempeñan los propios recursos del profesional.

En el desarrollo del *burnout* están implicados tanto factores externos (de la organización, laborales, grupales) como factores internos al profesional (rasgos de personalidad, valores individuales y sociales). Se ha observado que entre los rasgos de personalidad de los médicos, una baja estabilidad emocional, así como mayores niveles de tensión y ansiedad, se asocian con puntuaciones elevadas en las escalas que evalúan el *burnout*[3]. En este sentido, un planteamiento lógico para disminuir el *burnout* de muchos profesionales debería centrarse en mejorar la capacidad de afrontamiento de aquellas situaciones generadoras de estrés, con objeto de disminuir la ansiedad, siempre y cuando, lógicamente, el nivel de estrés no sobrepase unos límites tolerables[3]. También se ha preconizado que los médicos aprendan a distanciarse «sanamente» de su profesión (tan absorbente como es la medicina) y que dediquen un mayor tiempo a cultivar otras áreas de interés no profesional (amistades, actividades lúdicas, etc.)[1].

Asimismo, un incremento en el abanico de las habilidades de comunicación y entrevista clínica permite abordar con menor desgaste situaciones complejas (donde las emociones habitualmente tienen un papel relevante), facilitan la negociación de un sinfín de situaciones y ayudan a mejorar claramente la gestión del tiempo de consulta. Se ha descrito recientemente que los profesionales con una buena formación/predisposición en este campo tienden a presentar menores niveles de *bournout* (comunicación de

J. Cebrià y C. Palma, en XIV Taller Nacional de Entrevista Clínica de la semFYC, Alfaz del Pí, mayo de 2004).

Por tanto, parece lógico desarrollar una formación más específica para la labor del médico de familia, donde el reconocimiento de los elementos de comunicación y, por extensión, los emocionales (tanto propios como del paciente) tengan un papel primordial.

Precisamos una mayor reflexión sobre los aspectos humanos de la relación asistencial, que permita al médico de familia recibir un *feedback* más cualitativo de lo que realmente *sucede* en sus consultas y que, a través de éste, pueda implementar nuevas formas de abordaje, así como la corrección de las que no sólo no funcionan, sino que lo desgastan.

Aun así, no podemos obviar que tradicionalmente el trabajo del médico ha seguido un camino complejo, lleno de obstáculos y limitaciones, mientras su excepción se dio en la llamada *época dorada de la medicina* de mediados del siglo XX[1].

Con todo, ha llegado el tiempo de decir basta al lema implícito de demasiados gestores de la sanidad: obtener cada vez mejores índices de eficacia, eficiencia y efectividad, mientras esperan respuestas complacientes de los médicos como la que reza en la medalla de la madre: «*dar mucho y pedir poco*». Es una quimera solicitar más resultados, cuando la AP española ha ido reduciendo sus recursos desde 1985, convirtiéndose así en la Cenicienta de la medicina ambulatoria europea[2].

En este sentido, un gran colectivo de la AP de nuestro país, representado por las más significativas sociedades profesionales y científicas, así como diversas asociaciones de usuarios de la salud, ha acordado y firmado diversos planteamientos desarrollados por la Plataforma 10 minutos que se ha concretado recientemente en el denominado Compromiso de Buitrago, con el objetivo de dignificar el trabajo de los profesionales y mejorar la calidad de nuestra AP (www.diezminutos.org).

Bibliografía

1. Abigail Zuger MD. Dissatisfaction with medical practice. New Engl J Med. 2004;350:69-75.
2. De Pablo González R. La atención primaria de salud como eje del sistema público sanitario. Semergen. 2005;31:214-22.
3. 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.
4. Simó Miñana J. Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia (I). Aten Primaria. 2001;28:484-90.
5. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. Aten Primaria. 2004;33:496-502.
6. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres L, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. Aten Primaria. 2002; 29:132-44.