
La organización del trabajo y las competencias

Una visión médica

Juan José Rodríguez Sendín

Secretario General de la Organización Médica Colegial.

Son evidentes los desequilibrios y la mala distribución de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como las insuficiencias financieras y de gestión para ofrecer condiciones más atractivas a los profesionales. Acostumbrados a rentabilizar al máximo la abundante oferta de médicos de las últimas dos décadas, que permitió tanto los bajos salarios como condiciones sociolaborales deplorables de los médicos y enfermeras españoles, no es extraño que las soluciones propuestas pretendan regresar al pasado. Aquella situación provocó que una parte de los médicos, al no encontrar mejores propuestas, cambiaran la bata blanca por otras opciones laborales sin compromiso asistencial o alejadas del mundo sanitario. Otros optaron por seguir realizándose dentro de la Medicina, pero en

países que los recibían con los brazos abiertos y aprovechaban su decepción en el origen, además de ofrecerles mejores condiciones sociolaborales y más reconocimiento.

La situación obliga a realizar propuestas y promover reformas que permitan, desde el respeto escrupuloso a las cualidades fundamentales del SNS, afrontar el futuro con ciertas garantías de éxito. De las posibles acciones concretas destacaría las intervenciones sobre: el marco jurídico, el modelo de gestión, el sistema de financiación y el modelo organizativo.

Se nos propuso intervenir en la mesa para revisar de forma breve el modelo organizativo, y en concreto la distribución del trabajo, lo que sin lugar a dudas precisará de cambios en los demás campos de actuación propues-

tos, todo lo cual supera las posibilidades de nuestra intervención en la mesa redonda. En consecuencia voy a presentar unas reflexiones que consideramos puntos clave y que reiteradamente han sido debatidas en la Organización Médica Colegial, y en especial en el seno de las vocalías.

Organización: cambios de la actividad asistencial

La importancia del trabajo diario y su organización adquieren una relevancia especial, porque es el trabajo diario el que ofrece respuestas a las necesidades del paciente. Sin embargo, son demasiados factores los que intervienen y desde fuera le condicionan definitivamente. El trabajo diario necesita cambios, pero éstos son difíciles si la organización sanitaria no los permite, no los estimula con el fin de alcanzar un objetivo sensible, valioso con credibilidad, y especialmente no introduce modificaciones que den sentido o cambien las “rutinas” administrativas injustificadas.

Por otro lado es posible desde la profesión ejercer un liderazgo, exigir y proponer transformaciones. Sin embargo, esta opción se viene realizando insistentemente, en las últimas dos dé-

cadadas, con numerosas propuestas de mayor o menor calado, que han sido tantas como los fracasos acumulados, al no haber constituido ninguna de ellas motivo de consideración administrativa. Hasta ahora han sido incapaces de inducir al SNS y sus responsables a iniciar, salvo en el caso de Cataluña, cualquier cambio o prueba. Lo que precisamente no estimula a seguir realizando propuestas. En ocasiones se recomiendan acciones que bien no son entendidas o no son realizables por la mayoría de los profesionales, bien están pensadas precisamente para el grupo de profesionales fuera de los límites de la normalidad, que no responden al denominador común de la profesión.

Con diferentes denominaciones siempre se han utilizado estrategias de dilatación con escaso o nulo contenido, con el único objetivo de ganar tiempo y desinflar los entusiasmos alcanzados entre la profesión por éxitos momentáneos de aquellas convocatorias profesionales que reclaman cambios. La propuesta denominada APXXI es un excelente ejemplo, una vez más, de lo mencionado. Se conocía desde el principio, o en su caso era previsible, el nivel útil para todo el colectivo de la propuesta, y en función

de lo cual debería haberse rechazado por insuficiente e incapaz de promover avances reales.

Por otra parte el liderazgo es clave; si los líderes no “compran” las propuestas éstas sirven para poco, por eso tienen que sobrevenir de un consenso amplio y riguroso, cuya única motivación sea lograr el mejor servicio y en las mejores condiciones. Pero deben ir acompañadas de los recursos, financiación, tiempos y sistema de evaluación de las mismas; si no es así de nada servirán las buenas intenciones.

Algunas razones sustanciales para promover reformas en la organización del trabajo

La Atención Primaria, incapaz de controlar una demanda incontrolada, denuncia la escasa disponibilidad de tiempo, ocupado en su mayoría por tareas auxiliares fundamentales, pero secundarias, por lo que propone la reducción de los cupos asistenciales o exige las transformaciones necesarias entre las que destaca la reducción de las tareas burocráticas y auxiliares que realiza, así como una mejor distribución del trabajo.

La atención al episodio del paciente es en ocasiones un camino tortuo-

so e innecesariamente largo que además de ineficaz ofrece riesgos y sufrimiento al paciente. ¿Es posible acortar el episodio? Es mucho tiempo el empleado para responder a las necesidades del paciente desde que las presenta hasta que son resueltas, con tiempos intermedios en ocasiones gratuitos, casi siempre caprichosos e injustificados. Son demasiados los profesionales comprometidos en tareas en ocasiones repetidas o inútiles, o en aquellas para las cuales la cualificación del médico o de cualquier otro profesional es excesiva e innecesaria para su realización.

Los tiempos intermedios para la resolución del episodio son muy largos, y sin embargo el tiempo que emplea cada médico responsable de los mismos es desproporcionadamente corto. Es posible reducir el tiempo de resolución del episodio: primero mejorando la atención global y la relación con el paciente, pues el interés reduce demoras y riesgos; en segundo lugar simplificando todos los circuitos administrativos; en tercer lugar el médico sólo debería dedicarse a atender necesidades y revisarlas, ofreciendo tanto el plan terapéutico completo como la cita para acudir a la próxima revisión; en cuarto lugar deberían buscarse los

cauces para aumentar el rendimiento de las instalaciones, permitir voluntariamente el aumento del tiempo de trabajo efectivo, así como instaurar la actividad complementaria, que sería aquella perfectamente definida que no corresponde a la tarea ordinaria del médico; en quinto lugar es posible reducir las bolsas de ineficiencia, identificándolas y modificando aquellos factores que las determinan.

Es preciso simplificar los circuitos administrativos, porque a los efectos desmotivadores que provocan se añade el déficit selectivo de médicos en el SNS, que acrecienta la necesidad de recuperar tiempo asistencial para dedicarlo al paciente. Y por ello debe posibilitarse asignar citas y fecha de revisión en la consulta, enviar los resultados normales por correo junto con las recomendaciones escritas, establecer “alarmas” en resultados, realizar las pruebas necesarias en la misma cita y espacio de consulta, como electrocardiograma, espirometría, ecografía, peso, talla, toma de tensión, etc. Todo médico, tanto de Primaria como Urgencias y hospital, debería ofrecer tratamiento completo hasta la próxima revisión, por lo cual la atención especializada debería responsabilizarse de las recetas

que genera, salvo en aquellos casos en que no fuera posible.

Una fórmula sustancial para facilitar cualquier propuesta es priorizar el valor de la relación paciente-médico y el protagonismo del primero, por lo que las agendas deben ser flexibles, con amplios horarios donde los profesionales puedan insertar sus preferencias. Es imprescindible revisar la distribución equilibrada de tareas y cargas de trabajo en los centros, para lo cual se diseccionan las funciones, tareas, incluso los picos estacionales de demanda mediante la definición, reasignación y distribución de las mismas con sus correspondientes responsabilidades y entre los diferentes grupos profesionales.

Hay muchos ejemplos que permiten optar por otras “formas” de repartir competencias y tareas en los servicios sanitarios. No parece tener justificación el que ciertas áreas del conocimiento sean exclusivas de una especialidad, cuando en caso de necesidad o en el ejercicio privado se permiten realizar técnicas y exploraciones a la enfermería, o que las mismas técnicas puedan ser realizadas en otros países por técnicos. Tampoco tiene justificación que a un auxiliar de enfermería se le niegue la realización de téc-

nicas como curas, toma de tensión, control de la glucemia o inyectar insulina, cuando luego se recomienda a los pacientes que las realicen solos.

El médico no tiene porqué ser el agente ejecutivo por excelencia; puede serlo la enfermera y cambiar el médico al rol de supervisor. En otro modelo de funcionamiento distinto al actual no es difícil imaginar una Atención Primaria donde la distribución del trabajo permita que el actual cupo recomendado de enfermera/ médico para 1.500 habitantes pueda ser reemplazado por un médico, por ejemplo, para 3.000 habitantes, pero con condiciones, dotación profesional y reparto de tareas diferente. Me refiero también a cambios de rol profesional mediante la capacitación para realizar funciones concretas que permita la sustitución de unos recursos humanos por otros, o en su caso la reasignación de tareas y responsabilidad entre niveles asistenciales o entre profesiones.

Mecanismos que favorecen las estrategias

Hay ciertas condiciones y cambios organizativos que favorecerían las estrategias mencionadas:

1. Autonomía, modos de organización y de gestión de los recursos. Parece improrrogable el diseño de una estructura organizativa nueva para un nivel óptimo de especialización, de distribución de tareas y de formación de los profesionales para un desempeño más eficaz, para lo cual es imprescindible la apuesta y el compromiso político para lograr una descentralización y autonomía profesional que permitan abordar los cambios y transformaciones necesarias.

2. Alianza entre profesionales, gestores, técnicos y políticos para, tras el debate oportuno, redefinir funciones y acreditar competencias en el correspondiente marco de comunicación y acuerdo.

3. Integrar o coordinar niveles asistenciales. Es necesario redefinir la relación entre el primer y el segundo nivel asistencial, así como las condiciones que permitirían tanto una coordinación eficaz como abordar proyectos de gestión compartida de los recursos, a lo que debería acompañar la definición clara del papel de puerta de entrada, filtro, poder de compra y contratación real de la Atención Primaria con una ampliación de la cartera de servicios, incorporando un sistema de

información sanitaria al servicio de las necesidades definidas por los profesionales con alta disponibilidad de información clínica que termine con la asimetría en la información actual entre ambos niveles.

Hay problemas que aconsejan abordar las reformas precisas para lograr una coordinación efectiva entre niveles asistenciales y entre profesiones sanitarias, como los déficits de coordinación clínica derivados de un sistema centrado en los servicios y en las necesidades profesionales, en vez de en el paciente, lo cual dificulta la responsabilidad de la atención longitudinal por parte del médico de Atención Primaria, al asumir su papel el especialista del segundo nivel, especialmente en el control del paciente crónico mediante el secuestro de actividades que claramente corresponden al médico de Atención Primaria.

Hay ineficiencias tanto en la repetición de pruebas como en la distribución de la actividad (¿quién hace qué?), derivándose responsabilidades entre niveles asistenciales y en uno y otro sentido según conviene, lo que además de provocar listas de espera y urgencias colapsadas empeora la asistencia y aumenta los riesgos para el paciente.

4. Redefinición de todos los perfiles profesionales. Es imprescindible terminar con las diferencias en la intensidad del trabajo mediante la distribución adecuada de las cargas dentro del mismo sector profesional y entre sectores profesionales diferentes, e incluso decidiendo la creación de un nuevo perfil profesional más adecuado al momento actual que sustituya otras labores hoy prescindibles.

Los perfiles profesionales son dinámicos, evolucionan y cambian según la demanda ocupacional y el mercado de trabajo; deben considerar la demanda social, es decir, las necesidades sociales de los grupos que son objeto de la intervención. Son analíticos, pues posibilitan orientar y promover el comportamiento futuro e identifican espacios y condiciones disponibles para desarrollar determinadas estrategias y acciones y obedecen a la racionalidad, por lo tanto la primera tarea del diseño de las futuras titulaciones consistirá en definir el perfil profesional y determinar las competencias que dicho perfil integra en cualquier ámbito asistencial, lo cual debe permitir la redistribución de las tareas y funciones sanitarias mediante la revisión de competen-

cias y responsabilidades, y tras la depuración de las funciones que no siendo específicamente de un sector profesional puedan ser realizadas por otro, tratando adecuadamente las cargas de trabajo en función del mejor criterio de coste-efectividad. Una vez fijadas las competencias del perfil profesional se elaborará la adecuación profesional.

5. Lograr la mejor relación coste-efectividad, de tal forma que una actividad cuando pueda ser desarrollada correctamente por una profesión no sea realizada por otra con mayor cualificación, siempre dentro de un consenso de actuación tutelado por el precedente. Han de revisarse las tareas que provocan infrautilización del tiempo médico como las auxiliares, fundamentales para la mejor asistencia, pero que pueden ser realizadas por cualquier ciudadano adiestrado convenientemente. En general, todas aquellas actividades que, sin tener carácter profesional sanitario, vengán a facilitar las funciones del médico en su quehacer diario preventivo, asistencial, formativo y como consecuencia le posibilite disponer de más tiempo para dedicarse a los pacientes y al ejercicio de aquellas actuaciones de su estricta competencia.

6. Creación de un nuevo perfil profesional de auxiliar sanitario de consulta médica cuando las condiciones o circunstancias así lo requieran, en especial para atender tareas del espacio preventivo, asistencial e informativo que por sus características puedan ser realizadas por profesional no médico o de enfermería.

Hablamos de tareas administrativas, repetición de consultas, consultas de carácter informativo o para la realización de tareas fundamentales, pero claramente auxiliares: ayudar al paciente anciano en la consulta, limpieza y esterilización del material, toma de tensión en la consulta, cuidado de las condiciones de confort y temperatura idóneas del paciente, preparación del campo quirúrgico y ayuda en cirugía menor, preparación del paciente y ayuda en la consulta para la realización de pruebas complementarias: electrocardiograma, glucemia, espirometría y ecografía. También en la elaboración de informes, renovación de recetas de crónicos, ILT, documentación propia o derivada, cuidar de las condiciones del medio sanitario, preparar los materiales y procesar la información de las consultas, aplicar las técnicas de cuidados básicos y otros

apoyos en programas de carácter sociosanitario.

Conclusión

El SNS precisa de una alta coordinación entre niveles asistenciales, así como de una Atención Primaria fuerte y muy resolutive. Sin embargo, se observa una predisposición claramente decreciente que afecta al peso, visibilidad y prestigio de la Atención Primaria en el SNS, que es independiente de la política sanitaria de uno u otro signo. Las intervenciones necesarias para revertir la situación han sido expuestas reiteradamente, y tienen un razonable grado de consenso en la profesión. Una vez consensua-

da la necesidad de cambios y reformas en el SNS es necesario un esfuerzo para probar, en condiciones reales, los resultados de la instauración de un “modelo descentralizado” de gestión, basado en el profesionalismo y la autonomía profesional, que permita alcanzar las transformaciones eficaces que conviertan en realidad lo propuesto. La propuesta tiene muchos perfiles que es preciso comenzar a explorar.

Por otra parte, son muchos los factores y agentes que intervienen en las transformaciones mencionadas. Sin embargo, destaca sobremanera la decisión política para llevarlas a cabo, así como el gran pacto sanitario imprescindible para posibilitar su realización.

