

Open Acces



Antoni CASANOVA UCLÉS. Metge de Família. EAP Argentona. Consorci Sanitari del Maresme.

Juan José MONTERO ALÍA *. Metge de Família. EAP Mataró 3. Institut Català de la Salut. Grup de Recerca Multidisciplinari en Salut i Societat (GREMSAS), SGR 917.

Teresa GROS GARCIA. Metgessa de Família. EAP Mataró 5. Institut Català de la Salut.

Elena ZURILLA LEONARTE. Metgessa de Família. EAP Mataró 6. Institut Català de la Salut.

Maria BARTOLOMÉ RAGUÉ. Metgessa de Família. EAP Mataró 2. Consorci Sanitari del Maresme.

Greta BERROCAL ALONSO. Metgessa de Família. EAP Mataró 3. Institut Català de la Salut.

M^a Mercè JIMÉNEZ GONZÁLEZ. Metgessa de Família. EAP Mataró 1. Institut Català de la Salut.

Gemma SEDA GOMBAU. PhD Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP J Gol), Mataró, Spain. Grup de Recerca Multidisciplinari en Salut i Societat (GREMSAS), SGR 917.

Pere TORÀN MONSERRAT. Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord, Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAP J Gol), Mataró, Spain. Grup de Recerca Multidisciplinari en Salut i Societat (GREMSAS), SGR 917.

En nom de l'Observatori de la Medicina Familiar al Maresme (OMFaM) #

*Autor per correspondència:
Juan José Montero Alía.
juanki2003@gmail.com

Són Membres Investigadors de l'Observatori de la Medicina Familiar al Maresme (OMFaM):

Montserrat Català (EAP Mataró 1), M^a José Merino (EAP Mataró 1), Angèlica Alba (EAP Mataró 1), Joan Martí (EAP Mataró 1), Esther Fabré (EAP Mataró 2), Rosa M^a Catebianos (EAP Mataró 2), Adoración Saiz (EAP Mataró 2), Luis Villanueva (EAP Mataró 3), M^a Carmen Barreiro (EAP Mataró 3), Imma Monreal (EAP Mataró 3), Regina Romeu (EAP Mataró 3), Isaac Buxadó (EAP Mataró 4), Pere Flores (EAP Mataró 4), M^a Victoria Zamora (EAP Mataró 5), Núria Mengual (EAP Mataró 5), Antonia Armada (EAP Mataró 5), Jordi Creus (EAP Mataró 6), Joan Herreros (EAP Mataró 6), Dolores Sánchez (EAP Mataró 6), Gemma Casas (EAP Mataró 6), Miren Aizpurua (EAP Mataró 6), Paola Gutiérrez (EAP Mataró 6), Rosa Coma (EAP Mataró 6), Josep Massons (EAP Mataró 7), Magda Bundó (EAP Mataró 7), Sílvia Cid (EAP Mataró 7), Joan Domènech (EAP Mataró 7), Tamara Jiménez (EAP Mataró 7), Eva Miquel (EAP Arenys), Sara Sancho (EAP Arenys), Maite Sastre (EAP Arenys), Maria Alegre (EAP Argentona), Anna Champier (EAP Premià), Mercedes Megias (EAP Premià), Mònica Domínguez (EAP Premià), Assumpció Villar (EAP Premià), Marta Gámez (EAP Premià), M^a Josep Font (EAP Llavanes), Rosa Francisco (EAP Llavanes), Estibalitz López (EAP Llavanes), Carme Forcada (EAP Vilassar de Dal), Isabel Moreno (EAP Vilassar de Dal), Jana Gerhard (EAP Vilassar de Mar), Carme Viñas (EAP Vilassar de Mar), Esther Valentin (EAP Ocatà-Teià), Rosa M^a Sierra (EAP Ocatà-Teià), Pascual Roig (EAP El Masnou), Ildara Damas (EAP El Masnou), Laura Rodríguez (EAP Calella), Ariadna Cardelus (EAP Calella), Carme Pascual (EAP Malgrat), Gemma Estrada (EAP Malgrat), Marta Ruiz Noguera (Suport Administratiu)

L'Observatori de la Medicina Familiar al Maresme (OMFaM) és una iniciativa recolzada i auspiciada per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic) i per la Junta Comarcal del Maresme del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB)

OBSERVATORI DE LA MEDICINA DE FAMÍLIA AL MARESME: UNA ANÀLISI DE LA COMPLEXITAT ASSISTENCIAL

Antoni Casanova Uclés, Juan José Montero Alía, Teresa Gros Garcia, Elena Zurilla Leonarte, Maria Bartolomé Ragué, Greta Berrocal Alonso, M^a Mercè Jiménez González, Gemma Seda Gombau, Pere Torán Montserrat

RESUM

Objectiu:

Conèixer algunes particularitats del treball assistencial del metge de família que per la seva complexitat no queden descrites amb els indicadors automatitzats institucionals.

Metodologia:

Estudi transversal descriptiu multicèntric de 55 metges de família en 17 equips d'Atenció Primària de la comarca del Maresme, basat en la col·laboració voluntària dels professionals sanitaris per a l'estudi de l'activitat assistencial des de la vessant del professional. Amb una periodicitat mensual (excepte juliol i agost) un dia de cada mes, des de novembre de 2016 fins octubre de 2017, es va procedir a l'observació i recollida estandaritzada d'informació d'uns determinats aspectes de la pràctica assistencial dels metges d'Atenció Primària durant la seva jornada laboral.

Resultats:

Es van analitzar 421 jornades laborals de 55 metges de família amb un total de 13.283 actes assistencials, d'aquests 9.991 (75%) han estat visites presencials a consulta.

Un 40% de les visites presencials tenien més d'un motiu de consulta, 5.708 (43%) dels actes assistencials foren percebuts pel metge com complexos (pel temps assignat) i en 127 (31%) jornades apareixen incidències greus que interfereixen el ritme de la consulta. Els metges participants no diferiren de manera significativa respecte a metges no participants de la mateixa àrea.

Conclusió:

Els metges de família de la comarca del Maresme afronten en una jornada ordinària una mitjana de 39 problemes de salut al dia d'elevada complexitat, presentant un burnout i un esgotament elevats, així com jornades assistencials amb interferències importants. Neix un projecte ambiciós, que pretén valorar la perspectiva del metge de família per complementar la informació dels indicadors automatitzats corporatius o governamentals.

OBSERVATORIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL MARESME: UN ANÁLISIS DE LA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL

Objetivo:

Conocer algunas particularidades del trabajo asistencial del médico de familia que por su complejidad no se describe con los indicadores automatizados institucionales.

Metodología:

Estudio transversal descriptivo multicéntrico de 55 médicos de familia en 17 equipos de Atención Primaria de la comarca del Maresme, basado en la colaboración voluntaria de los profesionales sanitarios para el estudio de la actividad asistencial desde la vertiente del profesional. Con una periodicidad mensual (excepto julio y agosto) un día de cada mes, de noviembre de 2016 hasta octubre de 2017, se procedió a la observación y recogida estandarizada de información de unos determinados aspectos de la práctica asistencial durante su jornada laboral.

Resultados:

Se han analizado 421 jornadas laborales de 55 médicos de familia con un total de 13.283 actos asistenciales, de éstos 9.991 (75%) han sido visitas presenciales en consulta.

Un 40% de las consultas presenciales tenían más de un motivo de consulta, 5.708 (43%) de los actos asistenciales eran percibidos por el médico como complejos (para el tiempo asignado) y en 127 (31%) de las jornadas se daban incidencias graves que interferían severamente el ritmo de la consulta.

Los médicos participantes no diferían de forma significativa respecto a los médicos no participantes de su misma área.

Conclusión:

Los médicos de familia de la comarca del Maresme abordan en una jornada ordinaria una media de 39 problemas de salud, de elevada complejidad, presentando un burnout y cansancio elevados, así como jornadas asistenciales con interferencias importantes. Nace un proyecto ambicioso, que pretende valorar la perspectiva del médico de familia para complementar la información de los indicadores automatizados corporativos o gubernamentales.

OBSERVATORY ON FAMILY MEDICINE IN MARESME: AN ANALYSIS OF THE ATTENDANCE COMPLEXITY**Objectives:**

To understand some particularities of Primary Care work which, due to its complexity, is not described with the automated institutional numerical indicators.

Methods:

A multicentric descriptive cross-sectional study of 55 family doctors from 17 Primary Care teams of the Maresme region in Catalonia (Spain). The study was performed with voluntary collaboration of health professionals studying the healthcare activity from the professional standpoint One day monthly (except July and August) from November 2016 until October 2017, the primary care GPs collected information about certain aspects of their medical practice during their working day.

Results:

We analyzed 421 working days of 55 family doctors with a total of 13,283 attendance events, of which 9,991 (75%) were in-person visits in consultation. 40% of the face-to-face consultations had more than one reason for consultation, 5,708 (43%) of the assistance acts are perceived by the doctor as complexes (for the assigned time) and in 127 (31%) of the days there are incidents serious that severely interfere with the pace of the consultation.

Participating doctors did not differ significantly compared to other non-participants doctors in the same area.

Conclusion:

GPs in the Maresme region deal with an average of 39 health problems, of high complexity, presenting a high burnout and fatigue, as well as care days with important interferences. An ambitious project is born, which aims to assess the perspective of the family doctor to complement the information of the corporate or government automated indicators.

INTRODUCCIÓ

Està demostrat que els sistemes de salut més orientats a l'Atenció Primària s'acosten a millors nivells de salut amb menys costos, segons van mostrar els ja clàssics estudis de Barbara Starfield¹. Fa uns anys es podia afirmar que el nostre país disposava d'un dels 10 millors sistemes sanitaris del món, concretament el vuitè^{2,3,4}; i a dia d'avui ens trobem 10 llocs més avall dins del rànquing mundial. Hem entrat en crisi amb la pròpia definició i rol de la Medicina Familiar i Comunitària^{5,6}.

Definitivament i fins a data d'avui la necessària orientació del sistema sanitari cap a l'Atenció Primària no s'ha acabat de produir. La llarga crisi econòmica dels darrers anys, que ha posat en dificultats tot l'estat del benestar, ha tensionat encara més l'Atenció Primària i els seus professionals, en l'encaix com a element nuclear del sistema que haurien de ser^{7,8}. A nivell de despesa pública l'Atenció Primària tampoc ha estat prioritzada els darrers anys, així ho mostra el fet que entre 2002 i 2016 el percentatge de despesa destinat a l'Atenció Primària ha baixat del 14,5% al 13,5%; mentre que el percentatge destinat a l'Atenció Hospitalària ha pujat del 53,3% al 63,4%. El diferencial de despesa està clarament decantat cap a aquest àmbit i ha anat incrementant-se durant els darrers anys de crisi.

Les xifres mostren una clara sobreponderació dels recursos cap a l'Atenció Hospitalària en detriment de l'Atenció Primària⁹.

Una de les conseqüències d'això és que comencem a detectar entre els professionals de l'Atenció Primària situacions d'esgotament i de desànim, arribant-se a parlar d'una pèrdua col·lectiva de l'autoestima i de la inevitable acceptació d'un deterior de l'estatus personal i científic¹⁰, fets que han contribuït a la vaga dels metges/ses del novembre de 2018 de durada i intensitat mai vistes al sistema sanitari espanyol.

Sovint els professionals d'Atenció Primària tenen la sensació que les dades i indicadors que presenten els gestors són quelcom incomplet i que no reflecteixen la complexitat i la dificultat real de les consultes. Els indicadors i els quadres de comandament no deixen de ser una aproximació imperfecta de la realitat¹¹ i per alguns gestors, són elevats a la categoria de la definició entre bona o mala praxi.

A Catalunya a nivell d'Atenció Primària disposem de sistemes d'informació i monitorització d'activitat molt potents. D'una banda la Central de Resultats, elaborada per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), amb un total de 65 indicadors monitoritzats de manera nominal per als 370 Equips d'Atenció Primària (EAP) del Sistema Sanitari Català; d'altra banda tota la plataforma que ofereix el Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP) vinculada al programa informàtic majoritari en atenció primària (e-CAP) i que genera multitud d'indicadors de qualitat assistencial de manera individual per a cada metge i amb diferents graus d'agregació.

Es detecta la tendència a la sobreproducció d'indicadors a partir dels sistemes d'informació^{12,13}, que pot contribuir a la anomenada *influxació*. Es tracta d'un fenomen produït pel creixement exponencial de la informació que arriba als professionals en quant a volum, fonts, o canals de producció¹⁴. Aquest excés d'informació pot tenir importants implicacions disfuncionals en el desenvolupament de la pràctica clínica amb conseqüències sobre la manera en què els metges afronten la seva feina diària¹⁵.

Cal racionalitzar i homogeneïtzar la manera en què proposem mesurar l'activitat que es fa a l'Atenció Primària i s'hi han d'incorporar indicadors de càrrega de treball i de satisfacció dels professionals¹⁶. En realitat necessitem complementar les dades més quantitatives que s'obtenen de manera automatitzada a partir dels sistemes d'informació, amb quelcom més qualitatiu que s'obtingui a partir de les experiències dels professionals i que ajudi a dibuixar la realitat cada cop més complexa i canviant que ens trobem al dia a dia de la consulta, fugint de models reduccionistes¹⁷.

El document de l'informe de la Central de Resultats d'Atenció Primària¹⁸ de l'any 2015, recull dins de l'opinió experta, la següent afirmació: "*Però encara ens falta conèixer què pensa el professional, com està, i quin és el seu grau de motivació i implicació. La satisfacció professional és la tercera gran font d'informació sanitària que la Central de Resultats molt aviat haurà d'abordar*". Creiem que pot ser compartida per molts professionals que troben a faltar aquest tipus d'informació sobre el sistema.

Essencialment preocupats per aquests temes, l'any 2016 es va generar un moviment de reflexió entre un grup de metges

d'Atenció Primària del Maresme per plantejar de quina manera es podia generar aquest tipus d'informació, fruit d'aquest procés de reflexió va sorgir el següent projecte.

Ens hem proposat crear una xarxa de metges/-ses sentinelles que anomenem Observatori de la Medicina de Família del Maresme (OMFaM) amb l'objectiu d'analitzar paràmetres de la consulta i la jornada laboral del metge de família que, per la seva complexitat i les característiques pròpies d'un acte essencialment comunicatiu, només pot oferir el professional implicat i que resten invisibles al personal no assistencial.

MATERIAL I MÈTODES

Es tracta d'un estudi transversal descriptiu multicèntric amb informació assistencial generada i registrada per metges d'atenció primària de la comarca del Maresme. Seguint el model de la vigilància epidemiològica es va crear una xarxa de metges sentinella per reportar la informació requerida. Aquest model està basat en la col·laboració voluntària dels professionals sanitaris per a l'estudi de determinats aspectes de l'activitat assistencial, amb un full de registre que es va dissenyar específicament per aquest estudi i que contenia les variables d'interès.

Un total de 55 metges/ses de 17 Equips d'Atenció Primària (EAP) del Maresme que pertanyen a tres dels quatre proveïdors de serveis sanitaris del territori (Institut Català de la Salut, Consorci Sanitari del Maresme i Corporació de Salut del Maresme i la Selva) han participat com a sentinelles de l'Observatori.

Les variables d'estudi es van agrupar en aquelles relacionades amb el procés assistencial i aquelles relacionades amb la càrrega de treball de la jornada laboral. Detallem un resum de les definicions operatives utilitzades per aquestes variables, que durant l'estudi vàrem anomenar observacions, en la taula 1. Es van analitzar els 4 diferents tipus d'actes assistencials que actualment es donen en una consulta ordinària: visites presencials (concertades i espontànies), consultes telefòniques, consultes virtuals i visites domiciliàries.

Taula 1. Definició operativa resumida de les variables enregistrades pels sentinelles

A) OBSERVACIONS RELACIONADES AMB EL PROCÉS ASSISTENCIAL
<p>Nombre i tipologia de les assistències realitzades P - Presencials: cites prèvies + visites espontànies; T - Consultes telefòniques; V - Visites virtuals D - Visites domiciliàries</p>
<p>Nombre de demandes / motius de consulta de la consulta S'exclouen les demandes induïdes proactivament pel metge i per tant que no siguin explícitament demandes espontànies del pacient.</p>
<p>Categorització del motiu principal de visita 1 - Patologia física aguda: consultes per patologia somàtica aguda o primera consulta d'un motiu de consulta físic subagut o antic mai consultat. 2 - Seguiment crònic de patologia somàtica: visita de control per malaltia somàtica, visita de conciliació posterior a una visita de especialitzada, agudització de pluripatologia, resultats de proves que tenen a veure amb seguiment de problemes de salut crònics. 3 - Patologia psíquica / emocional / psicococial 4 - Gestió administratiu-sanitària o consell de salut: demanda d'informes, generació IT, renovació recepta electrònica, demanda de revisió de salut o consell de salut.</p>
<p>Valoració de la consulta com adequada Valoració subjectiva dicotòmica (Sí / No) de la necessitat que la consulta abordada pels facultatius realment tingui un contingut on nosaltres com a metges de família som necessaris o aportem un valor afegit.</p>
<p>Valoració de la complexitat de la visita i el temps assignat 0- Consulta amb complexitat adient en relació al temps atorgat.; 1- Complexitat per problema comunicacional / idiomàtic.; 2- Complexitat per problema clínic.; 3- Complexitat per càrrega emocional. 4- Complexitat per gestió de policonsulta; 5- Complexitat per altres motius.</p>

B) OBSERVACIONS RELACIONADES AMB LA TOTALITAT DE LA JORNADA LABORAL.
<p>Temps de retard d'assistència durant la jornada. Quantificació en minuts de la diferència entre la hora de la cita prevista i la hora real d'atenció al pacient a les 2 hores i 5 hores d'activitat assistencial.</p>
<p>Percepció de fatiga al final de la jornada 1- Poc cansat, dia relativament tranquil; 2- Cansat, dia suportable però sense parar; 3- Força cansat, realment necessari anar a casa; 4- Molt cansat, massa visites, sensació de risc algun cop; 5- Exhaust, no es pot aguantar això molts dies més</p>
<p>Temps de descans efectiu - Minuts de descans real durant la jornada estàndard de 7 hores.</p>
<p>Incidències greus Incidència greu: situació que s'ha produït durant el transcurs de la jornada i que provoca un retard assistencial significatiu o una situació d'excepcional estrès laboral. 0- Cap incidència; 1- Incidència clínica: qualsevol atenció que ha suposat per la gravetat un retard considerable en l'agenda; 2- Incidència informàtica; 3- Incidència organitzativa: qualsevol problema de personal o d'organització a l'ABS aquell dia que hagi afectat greument al desenvolupament normal de la consulta; 4- Altres tipus d'incidència greu</p>
<p>Nombre de visites no presentades i nombre de visites forçades presencials Es considerarà visita forçada (cita presencial / domiciliària) aquella que no estava prevista a l'inici de la jornada i que és atesa sense assignació específica de temps</p>

D'altra banda, es van recollir variables de caracterització dels sentinelles: sociodemogràfiques i professionals (edat, gènere, any de llicenciatura, antiguitat al lloc de treball actual, realització de funcions docents de postgrau); de l'entorn laboral (ubicació del centre de treball, població assignada al metge, nombre aproximat de visites en una jornada estàndard) i es va convidar a tots els professionals a realitzar el test de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) autoadministrat per l'avaluació del desgast professional. Per analitzar la representativitat dels sentinelles es va triar una mostra de metges/ses no sentinelles que treballaven als mateixos centres que els sentinelles i se'ls van recollir les mateixes dades de caracterització per tal d'avaluar-ne la comparabilitat.

Amb periodicitat mensual (excepte juliol i agost) un dia de cada mes, des de novembre de 2016 fins octubre de 2017, es va procedir a l'observació i recollida estandarditzada d'informació d'uns determinats aspectes de la pràctica assistencial que van ser explicats i detallats en un manual d'investigador a l'inici de l'estudi. Per tal d'estandarditzar la recollida de les dades es va realitzar una sessió presencial amb els sentinelles abans de l'inici de l'estudi on, a partir de supòsits pràctics, es fixaven els criteris de registre de cadascuna de les variables.

Després de cada observació els sentinelles remetien el full de registre a una unitat central on un auxiliar de recerca gravava les dades en una base de dades.

L'anàlisi estadística es va realitzar a través del STATA v.14. Per l'estudi estadístic es van utilitzar els principals estadístics descriptius amb la finalitat de caracteritzar la mostra i descriure les variables estudiades. Les variables qualitatives es mostren en forma de proporcions o percentatges i les quantitatives a través de la mitja i la seva corresponent desviació estàndard. Per la comparació entre les mitjanes dels dos grups es va utilitzar la prova t d'Student. El nivell de significació es va establir per valors menors de $p < 0.05$.

El projecte va ser avaluat i aprovat pel Comitè d'Ètica i Investigació (CEI) del Consorci Sanitari del Maresme (codi 50/16) i de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària -IDIAP Jordi Gol (codi p16/186).

RESULTATS

Els 55 professionals sentinella que van acceptar participar van aportar informació de 10 jornades de treball en mesos consecutius a raó d'una jornada mensual. Es van rebre els informes de 421 jornades del total de 550 possibles, el que suposa una taxa de resposta del 76,5%. El banc d'actes assistencials per analitzar ha estat de 13.283, dels quals 9.991 (75,22%) corresponien a visites presencials, 2.017 (15,18%) a assistències telefòniques, 1147 (8,64%) a assistències virtuals, 128 (0,96%) a visites domiciliàries. Un total de 24 professionals no sentinella provinents dels mateixos centres que els sentinelles van aportar les seves dades de caracterització i grau d'esgotament professional.

El perfil del metge/metgessa sentinella del nostre estudi és el d'una dona (79,5%) de 45 anys d'edat (DE ± 7,1), amb 11 anys (DE ± 5,7) d'antiguitat en el lloc de treball, en un centre urbà (61%), no docent (92%) amb una mitjana de 1.687 (DE ±161) pacients assignats.

El perfil de jornada correspon a un torn de matí (66%) que tindria 32 actes assistencials, 24 visites presencials, amb 4-5 consultes telefòniques, 2-3 visites virtuals i un o cap domicili. A la taula 2 es mostren altres característiques de la jornada laboral relacionades amb la dinàmica de la consulta.

Taula 2. Característiques en relació a la dinàmica de les 421 jornades laborals analitzades

	MITJANA	DE
Temps retard a les 2 hores* (minuts)	24,63	18,46
Temps retard a les 5 hores* (minuts)	21,61	24,50
Temps de descans real (minuts)	8,65	9,1
Nombre de visites no presentades	2,94	1,85
Nombre de visites forçades	3,39	3,32
+Des de l'inici de la consulta assistencial		

També es va quantificar la puntualitat en l'entrada del pacient a consulta. Si considerem un retard acceptable menys de 10 minuts, es va constatar que aquesta situació de puntualitat es donava només en el 30% de les jornades a les 2 hores d'inici i

en el 46% de les jornades a l'hora de finalització teòrica (5 hores).

En el 30% de les jornades analitzades els sentinelles van notificar alguna mena d'incidència rellevant que va alterar de manera significativa el normal desenvolupament de la consulta. La figura 1 mostra la tipologia d'aquestes incidències.

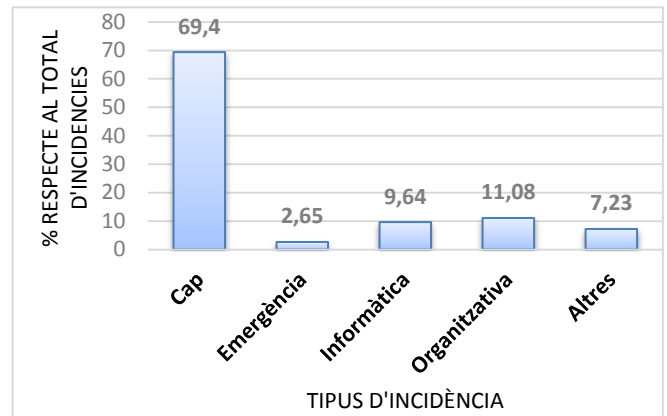


Figura 1. Incidències rellevants durant la jornada assistencial notificades pels sentinelles.

Quant al nombre de motius de consulta analitzats per les visites presencials, el 36,5% de les visites presenten entre 2 i 3 motius de consulta i un 2,8% en presenten 4 o més, que significa atendre 39 demandes de mitjana per jornada assistencial.

Respecte als motius de consulta, el 43% són per seguiment de malaltia crònica, 38% per patologia aguda, 17% per tràmits mèdics-administratius i el 2% per causes psicosocials.

Pel que fa a l'adequació i complexitat de les visites segons valoració del professional, el 92% de les visites es van considerar adients i el 43% presentaven complexitat en la seva gestió, ja sigui per manca de temps o pels motius específics que es descriuen a la figura 2.

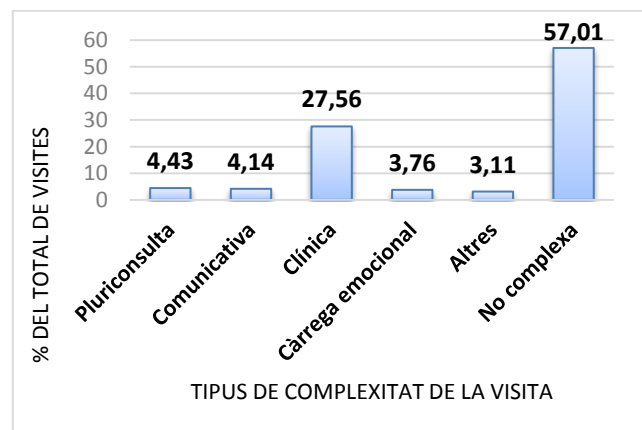


Figura 2. Complexitat de les visites segons valoració feta pel professional

Respecte a la percepció de fatiga al final de la jornada per part del professional, un 43% de les jornades es reporten amb un cansament acceptable, un 21% són jornades tranquil·les, però un 36% dels dies s'acaba amb la sensació de que se'ns pot haver escapat alguna cosa o que necessitem urgentment arribar a casa per descansar.

En total, 51 sentinelles i 24 no sentinelles van complimentar el test MBI i dades sociodemogràfiques (Taula 3) abans d'iniciar l'estudi, sent similars en la majoria d'aspectes rellevants. De les puntuacions mitjanes en les 3 subescales del test MBI només es va detectar diferències significatives en l'escala d'esgotament emocional. Específicament del grup sentinelles es pot veure a la taula 4 la distribució segons franges de puntuació en les 3 subescales del MBI. També en aquest grup es va analitzar de manera més específica el burnout alt definit com a positivitat en els 3 subescales (≥ 27 punts en esgotament emocional, ≥ 10 en despersonalització i ≤ 33 en realització personal) que es dona en el 6,1% dels professionals.

Taula 3. Comparativa entre sentinelles i no sentinelles.

	Sentinelles (51)	No sentinelles (24)	p*
Edat mitjana	45,7 (DE 7,1)	48,1 (DE 9,1)	0,183
Antiguitat lloc de feina actual (anys)	11,4 (DE 5,7)	10,9 (DE 8,3)	0,160
Sexe (% dones / %homes)	79 / 21	58 / 42	0,029 (home)
Ubicació EAP(% urbà / % semiurbà)	61,5 / 38,5	65,2 / 34,8	0,869 (semiurbà)
MBI- Esgotament emocional (mitjana)	23,5 (DE 12,4)	18,9 (DE 10,3)	0,024
MBI- Despersonalització (mitjana)	7,5 (DE 6,6)	10,3 (DE 8,9)	0,989
MBI- Realització personal (mitjana)	38,1 (DE 6,9)	36,9 (DE 6,9)	0,864

*Es considera estadísticament significatiu quan $p < 0,05$.
MBI: Maslach Burnout Inventory

DISCUSSIÓ

En conjunt disposem d'un banc de 13.283 actes assistencials d'Atenció Primària recollits per 55 metges/ses sentinella en 421 jornades d'observació al llarg d'un any. Com a mitjana d'una jornada laboral es produeixen 32 actes assistencials, 24 dels quals són presencials del pacient, en quasi el 40% dels casos hi ha més d'un motiu de consulta (39 demandes/jornada). El temps promig de descans durant la jornada de treball són 8 minuts i en el 31% de les jornades s'informa d'alguna

incidència que interfereix amb el normal desenvolupament de la consulta. En el 36% de les jornades el professional acaba amb el cansament suficient com per generar la sensació que s'ha pogut escapar alguna cosa important o de que necessita descansar urgentment.

Taula 4. Estratificació per rangs de puntuació en les 3 subescales del test MBI en el grup sentinelles

Esgotament emocional	Percentatge sentinelles
27 o superiors (Alt nivell d'esgotament)	41.18 %
Entre 19 i 26 (Intermedi)	19.6 %
Per sota de 19 (Baix nivell)	39.22 %
Despersonalització	Percentatge sentinelles
10 o superiors (Alt nivell de despersonalització)	29.42 %
De 6 a 9 (Intermedi)	17.64 %
Per sota de 6 (Baix nivell)	52.94 %
Realització Personal	Percentatge sentinelles
40 o superiors (Alta Realització)	43.15 %
De 34 a 39 (Intermedi)	39.02 %
De 0 a 33 (Baixa Realització Personal)	18.29 %

Fins on coneixem no hi ha cap iniciativa similar en el nostre entorn que pugui aportar aquest tipus d'informació amb paràmetres, com els que proposem, que tenen importància per valorar més acuradament la càrrega de feina que els professionals fan a la consulta. A nivell internacional comencen a sorgir projectes en la direcció de complementar els indicadors quantitius amb informació qualitativa, com és el cas del Royal College of General Practice¹⁹.

L'estudi ens permet quantificar elements que afegixen complexitat al desenvolupament de la feina dels metges d'Atenció Primària més enllà de còmput de visites realitzades: elevat percentatge de consultes amb demandes múltiples per part dels pacients, aparició d'incidències que alteren el desenvolupament de la consulta en una de cada tres jornades, retard en l'atenció en relació a l'hora de visita programada en el 70% de les jornades a les dos hores d'iniciada la consulta i en el 54% de les jornades a les 5 hores d'iniciada la consulta, escàs temps de descans efectiu al llarg de la jornada laboral i sensació d'esgotament, i especialment destaquem la identificació de complexitat intrínseca en la gestió de gairebé el 50% de les vistes.

En relació a les característiques de la demanda observem l'impacte de l'evolució de l'entorn assistencial i demogràfic en comparació a l'estudi fet a la Comunitat Valenciana²⁰ l'any 2002, on els motius de consulta aguts predominaven sobre els crònics (39,6% versus 9,5%) i on el component administratiu o burocràtic estava encara present fins al 65% de les visites. Cal tenir present que l'abordatge metodològic dels dos estudis és diferent ja que en el de la Comunitat Valenciana la recollida de

dades era feta per un observador extern, mentre que en el nostre qui informa de l'activitat és el propi metge.

Respecte al nombre de motius de consulta o demandes identificades en les visites presencials trobem que en el 36,5% de les visites n'hi havia entre 2 i 3, i el 2,8% de les visites presentaven 4 o més demandes. Cal aclarir que aquí exclusivament s'hi computaven les demandes espontànies del pacient i no aquelles generades eventualment pel metge en el cas de fer tasques preventives o de promoció de la salut que considerava adient en aquell moment. Això implica atendre un promig de 39 demandes per jornada assistencial. Un estudi realitzat al nostre entorn²¹ va trobar en promig 1,1 demandes de salut per consulta. Amb resultats més similars als nostres, més recentment en consultes d'atenció primària de Noruega²² han trobat un promig de 2,6 problemes per consulta amb un 45% de visites amb dos o tres motius i un 23,4% de visites amb tres o més motius de consulta.

Sorpren que l'adequació de les visites, segons valoració del propi professional, sigui tan elevada. Aquesta valoració es feia subjectivament pel professional responnent a la pregunta de si la intervenció del facultatiu en aquella demanda aportava valor afegit en la seva resolució. Interpretem els investigadors, que el fet de considerar adequada la visita, en definitiva que l'hagi d'abordar el metge, no implica adequació en la utilització dels recursos ja que aquesta percepció pot estar influenciada pel grau d'empatia amb el pacient o per les característiques de l'organització del sistema que fa que, en aquella situació concreta, la nostra intervenció aporti alguna utilitat i, per tant, la podem valorar com adequada. Des de la implementació de les instruccions per la desburocratització l'any 2010 pactades entre CatSalut, CAMFiC i les patronals hospitalàries, mica en mica les consultes s'han anat ajustant a una racionalització de la feina en l'atenció primària. Altres factors com la reordenació de circuits^{23,24,25} o la implantació de models basats en l'atenció infermera per la gestió de la demanda aguda de baixa complexitat²⁶ han pogut redirigir alguns fluxos interns dels equips de salut, augmentant aquesta percepció de millor adequació de la demanda per part dels professionals. En qualsevol cas això reforça la percepció generalitzada de l'increment de la càrrega de treball a l'Atenció Primària en els darrers anys²⁷, ja que continua havent-hi moltes visites per jornada laboral i moltes d'elles amb nivells importants de complexitat. També és possible que el percentatge d'inadequació fos major el dia que el facultatiu realitza tasques com cobrir les urgències del centre, factor que en aquesta observació no s'ha avaluat, per això pensem que en futurs estudis s'hauria d'incloure aquesta part de l'activitat per tenir ben descrita l'adequació percebuda i en general aprofundir en aquest ítem.

Així mateix, resulta sorprenent el fet que la patologia psicosocial representi un percentatge poc important dels motius de consulta, tenint en compte que més d'una quarta part de la població usuària de l'Atenció Primària presenta alguna mena de trastorn de l'esfera psicosocial^{22,28}. La percepció en general dels metges de família continua sent que una part important de les visites tenen un component de base psicosocial significatiu. Però l'estudi no està específicament dissenyat per classificar tots els motius de consulta. Podria ser que una bona part d'aquests problemes psicosocials estiguin entre una de les demandes múltiples de les visites i que els sentinelles classifiquessin la visita segons el primer o el principal motiu de consulta, quedant amb l'etiqueta de problema psicosocial,

només aquelles visites corresponents a problemes de salut mental amb component social més sever, o com a únic motiu de consulta.

Les dades relacionades amb el conjunt de la jornada laboral ens mostren un escenari de treball amb freqüents incidències que afecten de forma important el desenvolupament assistencial, la majoria d'elles per qüestions organitzatives no clíniques. No hi ha comptabilitzades les interrupcions de la consulta més habituals que altres autors han descrit com a incidents força freqüents^{29,30} i que són generadors de demora en el temps d'entrada a la consulta. Possiblement, en part com a conseqüència d'aquest fet, es produeix un escurçament del descans teòric (entre 8 i 9 minuts) durant la jornada per intentar eixugar el retard assistencial que es genera. Tot i aquest esforç, més de la meitat de consultes anaven més de 10 minuts endarrerides al final de la jornada assistencial, a les 5 hores d'assistència quan teòricament ja s'hauria d'haver finalitzat. Ens sembla curiosa la pràctica equiparació entre les cites prèvies en que el pacient no s'ha presentat (2,9 per jornada) i les visites forçades (3,3 per jornada), tenint en compte que el dia d'observació, per protocol, no era un dia d'atenció a urgències del centre. Tot això genera un entorn de treball on els professionals amb una freqüència relativament alta declaren acabar la jornada laboral amb sensació d'esgotament i inseguretat en la possibilitat de comissió d'errors ("sensació de que s'ha pogut escapar alguna cosa"). Aquesta sensació dels professionals sobre la influència de l'entorn laboral en la gènesi d'errors ha estat també descrita recentment³¹ en un estudi on s'ha enquestat a 91 metges d'atenció primària que relacionen majoritàriament la sobrecàrrega assistencial i alguns factors d'organització amb la gènesi dels errors, amb molta diferència sobre altres factors com l'experiència o la formació continuada.

En relació al nivell d'esgotament professional (burnout) cal destacar la marcada coincidència en el percentatge, al voltant del 6%, de professionals amb burnout alt en el nostre treball comparat amb l'estudi més ampli realitzat a l'Atenció Primària de Catalunya per Yugüero et al³². Aquest subgrup de professionals queda definit en ambdós treballs pel criteri més restrictiu de la literatura internacional, que defineix burnout quan es dona positivitats en les 3 subescales del MBI³³. No era objectiu de l'estudi estimar prevalença de burnout en professionals de la salut, que segons una revisió sistemàtica recent presenta força variabilitat metodològica³⁴, sinó saber quina era la ubicació d'aquest grup de professionals voluntaris que havien volgut participar a l'Observatori respecte als companys que no havien participat. En aquest sentit observem una gran similitud dels sentinelles amb els no sentinelles excepte en la distribució de gènere (major percentatge d'homes en els no sentinelles) i en la subescala d'esgotament emocional (major en els sentinelles) tot i que aquestes diferències s'han d'interpretar amb precaució pel baix nombre de subjectes en el grup de no sentinelles. Podria ser que aquest major grau d'esgotament interfereixi en la percepció d'alguns dels paràmetres observats però en definitiva pensem que la voluntarietat de participar com a sentinella no ha influït de manera diferencial en relació a la notificació i valoració de l'activitat observada.

Fortaleses i febleses de l'estudi

Com a fortaleses destaquem que la gènesi d'aquest projecte sorgeix d'una necessitat expressada pels propis professionals i

que ha aconseguit una àmplia representativitat a nivell del territori. La quantificació de les visites per professional i dia coincideix amb l'activitat reportada per la Central de Resultats en el seu informe de 2015 (en el de 2016 no surt aquesta dada específica) i ens pot servir de testimoni del rigor en la recollida de dades per part dels sentinelles.

L'Observatori de la Medicina de Família al Maresme pot aportar informació complementària dels sistemes d'informació estàndard al prendre en consideració la perspectiva i percepcions dels professionals sobre les dinàmiques de treball a l'Atenció Primària. L'Observatori té voluntat de persistir en el temps i ampliar-se al territori, de fet en el moment que es publiqui aquest article ja estarem recollint informació per tercer any consecutiu i ja tenim incorporats alguns sentinelles en tots els centres de la comarca que pertanyen a 4 proveïdors diferents. Aquesta, precisament és una altra de les forteses del projecte, el reportar informació provinent de tots els proveïdors de serveis amb les diferents fórmules de gestió i organització dels professionals.

Pertànyer a la xarxa de sentinelles és una decisió voluntària. La designació no ha estat en cap moment dirigida per l'equip investigador i ha estat conseqüència d'una crida oberta a la participació dels professionals en diverses convocatòries. Som conscients que treballar amb voluntaris que són observadors i observats provoca un cert efecte Hawthorne, que pot influir en l'obtenció dels resultats, en qualsevol cas pensem que aquesta influència va en el sentit d'una major exhaustivitat en la recollida de la informació i que al final repercuteix en una major exactitud de les dades. Per la pròpia naturalesa de l'estudi treballar amb una mostra aleatòria de l'univers de facultatius del territori era gairebé impossible.

La recollida de dades en temps real (al finalitzar la consulta/visita) tot i representar un esforç suplementari a la tasca clínica habitual, ha sigut de relativa fàcil incorporació segons l'opinió de la majoria de sentinelles. La llibertat del sentinella per escollir, dintre de la setmana prefixada, el dia de recollida de dades, s'ha fet amb la intenció que el dia de recollida fos el més representatiu possible segons l'agenda de cada professional en cada mes. El dia de la setmana havia de ser però, variable en el conjunt dels 10 dies de recollida de dades de tot l'any. El registrar l'activitat d'aquesta manera, pensada amb una intencionalitat pragmàtica, ajuda a conèixer el model d'una consulta tipus del metge de família, però no avalua un gruix d'activitat relativament significatiu al llarg de l'any com són els dies de domicilis, urgències, doblatges o períodes vacacionals o d'altres excepcionalitats, fets que ens podríem plantejar de contemplar en observacions futures.

CONCLUSIONS

Aquest article aporta informació rellevant de l'activitat del metge de família que no es pot conèixer amb els actuals sistemes d'informació. La mitjana de visites presencials diàries, al voltant de 24, constatada en el nostre estudi i coincident amb la Central de Resultats, és una dada amb transcendència econòmica i de gestió important pel sistema sanitari però d'un valor clínic i de planificació limitat. Aquest nombre de visites realitzades, analitzat aïlladament pot semblar factible, però els resultats de l'estudi detallen que els professionals resolen gairebé 40 problemes de salut diaris amb elevada complexitat, que els metges estan força cansats i tenen un grau

de burnout destacable i han de superar molts obstacles per tirar endavant la consulta. Per tant, creiem que en general les consultes de medicina de família de la nostra zona suporten una càrrega de feina difícil de gestionar de manera mantinguda en el temps.

Aquest primer esbós de la nostra activitat des d'un prisma diferent a les descripcions habituals, obre la porta a una anàlisi permanent, ampliada i millorada de la complexitat de la nostra feina. Alhora constatem que s'han de millorar les condicions de l'entorn laboral perquè la fatiga i el burnout disminueixin. És una experiència que caldria considerar de fer extensible a un territori més ampli per poder monitoritzar i generar coneixement sobre aquestes variables de la pràctica clínica i d'altres que es puguin considerar de valor per analitzar i millorar la qualitat assistencial.

El treball ha rebut els següents ajuts i fonts de finançament:

Beca "Gonçal Calvo i Queraltó 2016" de la Filial del Maresme de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears.

Ajuts de Recerca a l'Atenció Primària de la Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord de l'any 2017.

XIX Ajuts per a la Recerca de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) de l'any 2018. Número Projecte: FAP18/01.

Agraïments:

A Marta Ruiz Nogueras, per tot el suport administratiu continuat en tot aquest temps i a tots i cadascun dels 55 companys/es sentinelles que han participat i cregut en el projecte d'una manera sincera.

Conflicte d'interessos:

Els autors declaren no tenir conflicte d'interessos

BIBLIOGRAFIA

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press:1998.
2. Garcia Armesto S, Abadía Taira B, Durán A, Bernal Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en Transición. 2010;12:1-240.
3. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal healthcare in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017; 390:231-66.
4. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2018; 391: 2236-71.
5. Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontan A, Gervas Camacho J, Márquez Calderón MS, Álvarez-Dardet C. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS. Gac Sanit. 2012; 26(S):3-5.

6. Hernansanz Iglesias F, Gervas Camacho J, Claveria Fontan A. Conclusiones y recomendaciones. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(S):162-4.
7. Heras-Mossteiro J, Sanz-Barbero B, Otero Garcia L. Health care austerity measures in times of crisis the perspectives of primary health care physicians in Madrid, Spain. *Int J Health Serv.* 2016;46:283-99.
8. Russo G, Pires CA, Perelman J, Gonçalves L, Barros PP. Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis; findings from a survey in Portugal's capital city area. *BMC Health Serv Res*;17;17(1):207. doi:10.1186/s12913-017-2151-1.
9. Simó J. Salud, dinero y atención primaria. Sexto año en UCI de la APS española. Post del día 17 de julio de 2018. Disponible a: <http://saludinerioap.blogspot.com/2018/07/sexta-ano-en-uci-de-la-aps-espanola-y-htm>.
10. Gervas Camacho J. La Medicina General/de Familia en España al comienzo del siglo XXI: de las expectativas excesivas al desánimo insondable. *SEMERGEN.* 2003;29:357-9.
11. Hernández Rubio MSI, García Armesto S. Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26:27-35.
12. Damman OC, van den Hengel YK, van Loon AJM, Rademakers J. An International Comparison of Web-based Reporting About Health Care Quality: Content Analysis. *J Med Internet Res.* 2010;12(2):e8.
13. Ichaso Hernández-Rubio MS, García Armesto S. Indicadores en Atención Primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26:27-35.
14. Navas Martín MA, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Acceso a fuentes de información sobre salud en España: cómo combatir la ifoxicación. *Enferm Clin.* 2012;22:154-8.
15. Beasley JW, Wetterneck TB, Temte J, Lapin JA, Smith P, Rivera-Rodriguez J, Karsh BT. Information chaos in primary care: Implications for physician performance and patient safety. *J Am Board Fam Med.* 2011;24:745-51.
16. Kringos D, Nuti S, Anastasy C, Barry M, Murauskine L, Siciliani L, De Maeseneer J. Re-thinking performance assessment for primary care: Opinion of the expert panel of effective ways of investing in health. *Eur J Gen Pract.* 2019;25:55-61.
17. Glynn LG, Scully R. The edge of chaos: reductionism in healthcare and health professional training. *Int J Clin Pract.* 2010;64:669-72.
18. Central de Resultat. Atenció Primària. Dades 2016. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC) Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) <http://aguas.gencat.cat> i <http://observatorisalut.gencat.cat>.
19. Royal College of General Practitioners. London: de Lusignan S. Building a GP workload observatory-and your chance to be involved. [Consultat:23 de maig de 2019]. Disponible a: <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/about/clinical-news/2018/june/building-a-gp-workload-observatory-and-your-chance-to-be-involved.aspx>
20. Pedrera Carbonell V, Gil Guillen V, Orozco Beltran D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia en un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria.* 2005;35:82-8.
21. Seguí Diaz 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.
22. Bjorland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations?. An observational study in general practice. *Scand J Prim Helath Care.* 2015;33:206-11.
23. Millas Ros J, Otegui Recio A, Perez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?. *Aten Primaria* 2011;43:516-22.
24. Lleras Muñoz S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2011;43:52223.
25. Spence D. Reducing general practice workload. *Br J Gen Pract.* 2016;66:431.
26. De Pablo Márquez B, Moreno Escribà S, Sarlat Ribas MA, Expósito Martínez C, Blancas Loras MA. Percepción de los profesionales sobre la situación de la gestión de la demanda urgente en atención primaria. *But At Prim Cat.* 2017;35:2.
27. Croxson CHD, Ashdown HF, Hobbs R. GPs' perceptions of workload in England: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract.* 2017;67:e138-46.
28. Caballero Martínez L, Fernández Liria A, Ramos Brieva JA, Gil Miguel A, Madrigal Jiménez M, Porrás Chavarino A, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria.* 1999;23:275-9.
29. Ballesteros Pérez AM, García González AL, Fontcuberta Martínez J, Sánchez Rodríguez F, Pérez Crespo C, Alcázar Manzanera F. La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar?. *Aten Primaria.* 2003;31:377-81.
30. Hernández Moreno A, Isanta Pomar C, Montiu Pomar JA, Vecino Lafoz R, Melón Juncosa P, Orna esteban I. Interrupciones por llamadas telefónicas en la consulta del médico de familia en 2 centros de salud de Zaragoza. *Semerger.* 2012;38:214-9.
31. García Barquero I, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Percepción de errores cometidos por los médicos y residentes en atención primaria. Març 2017 [citad 28 de maig de 2019]. A: Boletín doctUtor de Educación Médica. SEMFYC [Internet]. Disponible a: <http://www.doctutor.es/2017/03/06/percepcion-de-errores-cometidos-por-medicos-y-residentes-en-atencion-primaria/>
32. Yugero O. Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas. Tesis Dr Univ Lleida, Fac Med. 2015. <http://hdl.handle.net/10803/307054>.
33. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA.* 2018;320:1131-50.

Com citar l'article: Casanova A, Montero Alía JJ, Gros Garcia T, Zurilla Leonarte E, Bartolomé Ragué M, Berrocal Alonso G, Jiménez González M^a M, Seda Gombau G, Torán Monserrat P. Observatori de la medicina de família al Maresme: una anàlisi de la complexitat assistencial, *But At Prim Cat* 2019;37:37.

