

Trabajo original

# ¿Los “pacientes impacientes” y “sin cita” generan Burnout en la Atención Pimaria?

**Montserrat Fusté Gamisans<sup>1</sup>, Dolors García Pérez,<sup>2</sup> Josep Casajuana Brunet<sup>3</sup>**

1 ABS Sant Joan de Vilatorrada .Médica de Familia.

2 Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa. Jefe Clínico del Servicio de Urgencias Althaia.

3 Parc Sanitari Pere Virgili. Gerente de Àmbito de Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Correspondencia:

**Montserrat Fusté Gamisans**

Dirección electrónica:mfusteg@wanadoo.es

ABS St Joan de Vilatorrada

(St Joan de Vilatorrada)

Publicado: 1 de octubre del 2008  
Butlletí 2008,26:10

Éste artículo está disponible en:

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol26/iss2/6/>

Éste es un artículo Open Access distribuït según licencia de Creative Commons  
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## Resumen

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** comprobar la relación de pacientes impacientes (PI) y sin cita (SC) y el grado de *burnout*.

**DISEÑO:** estudio descriptivo transversal.

**ÁMBITO:** Atención Primaria. (AP)

**SUJETOS:** médicos/as de AP del ICS del Bages con población asignada el 2006 (n=76).

**MEDIDAS:** oferta y demanda total; visitas ESPONTÁNEAS/URGENTES, población asignada, carga asistencial y tiempo de cita previa. Dos cuestionarios: Maslach *Burnout* Inventory y sociodemográficas y creencias sobre gestión de agendas.

**RESULTADOS:** Participación 81,5 % Cansancio emocional alto en 51,6% Los PI representan un 45,96 % de las visitas/diarias. Solo un 11,3 % de los profesionales tienen SC con una media de 1,47 SC/día). Existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables sexo, toma de psicofármacos, atención continuada y número de consultorios y *burnout*. El modelo que incluye las dos últimas variables conjuntamente con los años de antigüedad solo consigue en un 23,3% predecir el *burnout*. El 73,8% cree que hacen falta más recursos para reducir los retrasos en la citación y el 57,4% cree que a más visitas disponibles más demanda.

**DISCUSIÓN:** No encontramos relación entre SC y PI con *burnout*, a pesar de ser una percepción mayoritaria de los profesionales encuestados. Agendas flexibles diseñadas para registrar actividades proporcionan una oferta superior a la demanda. Alta tasa de *burnout*. Nuevas líneas de estudio serían valorar las consecuencias en lugar de las causas. Propuestas organizativas novedosas frente al incremento de la demanda van en contra de las creencias de los profesionales del Bages.

**PALABRAS CLAVE:** *Burnout*. Atención primaria. Gestión de agendas. Sin cita.

## DO THE "IMPATIENT PATIENTS" AND "WITHOUT APPOINTMENT" GENERATE BURNOUT IN THE PRIMARY CARE?

### Summary

**INTRODUCTION AND OBJECTIVES:** to verify the relation of impatient patients (IP) and without appointment (WA) and the degree of *burnout*.

**DESIGN:** cross-sectional descriptive study.

**SCOPE:** Primary Care (PC).

**SUBJECTS:** family physicians that work at the Catalan Institute of Health with assigned population in the year 2006 (n=76).

**MEASUREMENTS:** overall supply and demand; spontaneous / urgent visits, assigned population, patient list load and time of previous appointment. Two questionnaires: Maslach *Burnout* Inventory and demographic data and beliefs on management of agendas.

**RESULTS:** Participation 81.5%. There is a high Emotional Tiredness in 51.6%. IP represents 45.96% of daily visits. Only 11.3% of the professionals have patients WA with an average of 1.47 WA/day). We found statistically significant differences between the variables sex, psychological drugs, on call care, number of practices and *burnout*. The model that includes the two last variables together with the years of antiquity only is able to predict *burnout* in 23,3%. The 73.8% of family physicians think that more resources are necessary to reduce the delays in the citation and 57,4% think that the more visits available, the more demand.

**DISCUSSION:** We do not find relation between WA and IP with *burnout*, in spite of being a majority perception of the inquired professionals. Flexible agendas designed to register activities provide a supply superior to the demand. High rate of *burnout*. New lines of study would be to value the consequences instead of the causes. Innovative organization proposals as opposed to the increase of the demand go against the beliefs of the professionals of Bages.

**KEY WORDS:** *Burnout*. Primary Care. Management of agendas. Without appointment.

### Introducción

Cada dos años, el Institut Català de la Salut recoge datos sobre la calidad de vida de sus profesionales a través del cuestionario QVP -35. Se considera que la satisfacción laboral de los profesionales de la salud puede implicar una asistencia sanitaria de mayor calidad.

La calidad de los servicios prestados del sistema sanitario mantiene una relación directa con el grado de satisfacción de sus trabajadores. Por lo tanto, la insatisfacción y el desgaste profesional (*burnout*) influye de manera decisiva en la relación médico-paciente.

El 1974, el psicoanalista norteamericano Herbert Freudenberg y el 1982 la psicóloga social Cristina Maslach<sup>1</sup> fueron los pioneros en la detección, descripción y conceptualización del síndrome de *burnout*.

Este síndrome, también denominada enfermedad de Tomàs<sup>2</sup> o síndrome del "desengañado", hace referencia al estado de agotamiento y desgaste laboral de los profesionales que prestan servicios y asistencia a terceras personas. Mingote<sup>3</sup> va más allá y define el *burnout* como un trastorno adaptativo crónico asociado a un inadecuado enfrentamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida de la persona que lo sufre y disminuye la calidad asistencial.

Diferentes estudios han ido demostrando la grande y creciente epidemia de *burnout* que sufre la Atención Primaria. Múltiples factores favorecen el desgaste profesional que se considera que afecta a un elevado porcentaje de médicos, alrededor del 30-50%<sup>4</sup>. Este descontento relativamente generalizado de los médicos responde probablemente a muchas causas, algunas de ellas profundas, pero la causa más obvia es la sobrecarga de trabajo y la sensación de falta de apoyo (Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322: 1073-4)<sup>5</sup>. Eso es congruente con los resultados del QVP que antes hemos mencionado.

Un análisis de las causas del descontento de los médicos (BMJ 2002: 324: 835-8)<sup>6</sup> las dividía en 3 grandes grupos: las causas laborales, las causas intrínsecas a la práctica médica actual, y la denominada "cambio y del pacto social". Hay que añadir la importancia que tienen en el síndrome del *burnout* las características de personalidad y valores individuales y sociales del profesional. Motivación y desgaste, dos palabras clave en el día a día laboral.

Nuestra experiencia personal, después de haber trabajado en diferentes situaciones y condiciones laborales (substituciones, plaza interina y plaza en propiedad), nos ha permitido comprobar que la organización de la jornada laboral (la gestión de la agenda, fuente frecuente de conflictos) es un factor que tiene una alta incidencia en nuestra tarea cotidiana como profesionales de la AP y, al mismo tiempo, un elemento clave para ejercer de una manera justa y honesta. Cuando hablamos con el resto de compañeros, aparece de manera continuada la incidencia de las múltiples interrupciones, el número importante de visitas urgentes que responden solo a pacientes impacientes y el número importante de visitas realizadas al margen de las planificadas en la agenda. La prevalencia de este tipo de demanda según Vítors et al es del 7,1%<sup>7</sup> y del 29,9% según Mallorquí et al<sup>8</sup>. Independientemente de

cuál sea su porcentaje real, la percepción de los profesionales es que suponen un volumen importante de trabajo y comportan problemas de organización y, en última instancia, una gestión ineficaz del tiempo<sup>9</sup>. Todo esto genera en el usuario una percepción de mala atención y en el profesional una mala tolerancia con sentimientos y sensaciones poco adecuadas para la buena praxis médica (ser menos sensible, poco comprensivo e incluso agresivo en la relación), además de un trato distante, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas.

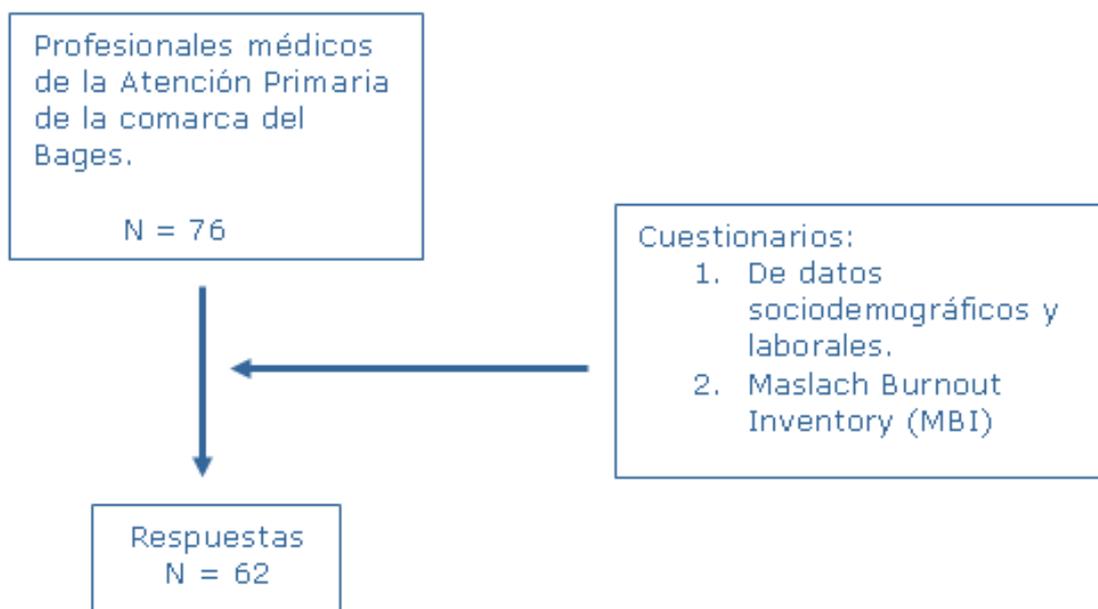
No existen estudios que relacionen estas visitas de pacientes impacientes y fuera de agenda (a partir de ahora "los sin cita") como factores generadores de burnout. Por "paciente impaciente" (PI), entendemos que son todos aquellos usuarios/as que acuden a un centro de atención primaria o llaman por teléfono solicitando una atención sanitaria en el mismo momento o el mismo día y pueden ser asignados/as en alguna agenda, sea de la de su médico/a de cabecera o la del médico/a de referencia y/o urgencias. Para "los sin cita" (SC), los identificamos como aquellos pacientes que son visitados el mismo día que lo piden sin tener un espacio en la agenda. Estas personas reciben una visita forzada (visita fuera agenda) o visita no gestionada por los profesionales médicos. Algunas sugerencias propuestas por los mismos profesionales médicos para aligerar el burnout eran fueron disminuir la presión asistencial con el fin de disponer de más tiempo para trabajar con más calidad<sup>10</sup>.

Por este motivo y por todo lo que hemos mencionado anteriormente y en relación a la organización de agendas, nos proponemos como objetivo general comprobar la relación existente entre el número de PI y SC y el grado de burnout. Y como objetivos específicos conocer la respuesta emocional según el perfil profesional (edad, sexo, relación laboral con la empresa); la carga asistencial no planificada que representan los PI y SC; cómo están organizadas las agendas de los profesionales para hacer frente a este tipo de demandas y las creencias en que se fundamenta esta organización.

## Material y métodos

La **figura 1** presenta el esquema del estudio.

**Figura 1.** Material y métodos. Cuadro resumen



### Esquema general del estudio:

Estudio descriptivo transversal del síndrome de *burnout* en la comarca del Bages y su relación con la atención a los pacientes impacientes y sin cita.

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria, en concreto en las áreas básicas de salud (ABS) de la comarca del Bages. Las ABS se distribuyen de la siguiente forma: dos en Manresa y las otras diez en: Artés, Cardona, Moià, Monistrol de Montserrat, Navarcles, Navàs, Sallent, Sant Joan de Vilatorrada, Sant Vicenç de Castellet y Súria, todas ellas con los respectivos consultorios locales en otros pueblos de la comarca.

Los criterios de inclusión de los sujetos estudiados: todos los médicos/as de AP que tenían un "cupó" asignado desde hacía más de un año y estaban trabajando en el momento del estudio en las ABS escogidas (n=76). Se excluyeron las dos médicas que realizaban el estudio, los médicos/as de refuerzo, los y las pediatras, los médicos/as residentes, y los odontólogos/as.

De cada médico/a y referente en el año 2006 se consiguió la información siguiente: oferta real total de visitas anuales, que se extrajeron del análisis de la estructura de la agenda semanal de cada profesional obtenida del SIAP-web, esta oferta semanal se transformó en oferta anual; demanda real total de visitas anuales, a partir del total de visitas reinformadas como realizadas por cada profesional y contabilizadas por la dirección de la SAP; demanda real de visitas y domicilios espontáneos/urgentes/telefónicos

(esp/urg/tlf) anual, obtenido de la misma manera que el anterior, población asignada; carga asistencial; y tiempo de dedicación en las visitas previas.

Consideramos PI todas aquellas visitas y domicilios esp/urg y las consultas telefónicas y, SC todas aquellas visitas que excedían del total de visitas anuales ofertadas.

De cada ABS se consiguió también como estaba planteada la gestión o atención a los PI y SC dentro del equipo (cada uno los suyos, médico de guardia, filtro por enfermería...).

Los sujetos tuvieron que responder a 2 cuestionarios:

1. **Uno de datos generales (de elaboración propia)**: edad, sexo, nombre de la ABS donde trabaja, identificación de su agenda según e-cap (para asegurar la confidencialidad), tipo de contrato laboral con la empresa, años de antigüedad en la empresa, horario de trabajo (turno mañana, tarde, mixto), número de centros donde se realiza actividad asistencial (desplazamiento a consultorios locales), número de horas semanales reales de trabajo asistencial, realización de guardias, exclusividad laboral y uso de psicofármacos durante la consulta para disminuir el nivel de ansiedad. Finalmente, un listado de afirmaciones para que expresen su grado de acuerdo o desacuerdo en relación a la organización de las agendas.

2. **El Maslach Burnout Inventory (MBI)**,<sup>11</sup> diseñado para estudiar el síndrome *burnout*, en la versión validada al español por Seisdedos<sup>12</sup>. Cuestionario autoadministrado de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en relación a su trabajo y a sus clientes (pacientes) con 7 opciones de respuesta (escala de puntuación de Likert: 0-6).

Este cuestionario analiza los tres aspectos fundamentales que constituyen el síndrome de burnout en forma de 3 subescalas:

- Cansancio emocional (CE): sentimientos del sujeto en relación a la saturación emocional vinculada al trabajo. Consta de 9 ítems.
- Despersonalización (DP): respuesta fría e impersonal hacia los pacientes. Mantenerse distante. Consta de 5 ítems.
- Realización personal (RP): sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. Consta de 8 ítems.

Las puntuaciones de cada escala se obtienen sumando los valores de los 22 ítems<sup>1</sup>. La obtención de niveles bajos en las tres subescalas descartan el *burnout*. En el resto de situaciones podría considerarse burnout moderado o alto.

En este estudio se consideró variable de resultado la puntuación en el test MBI de desgaste profesional, en cada una de sus subescalas, el resto de variables se consideraron independientes.

Se preparó una presentación en power-point para explicar en qué consistía el estudio, cuáles eran sus objetivos y definir qué entendíamos como PI y SC para que quedase claro en el momento de contestar el cuestionario MBI.

Se habló con el director de cada área básica y se concertó un día, que fuera en horario de reunión de los médicos del equipo, para pasar la presentación y los cuestionarios y poderlos recoger. Previamente todos los profesionales recibieron una carta de presentación del trabajo asegurando el tratamiento confidencial de todos los datos y invitándolos a asistir a la reunión. Si el profesional médico no estaba presente en la reunión se le dejaban los cuestionarios al director juntamente con un sobre para que pudiesen ser retornados.

Las respuestas de los cuestionarios, previamente codificadas, se introdujeron en la base de datos del programa SPSS/PC v.11.0 para su procesamiento y análisis estadístico que incluía estadística descriptiva con medidas de tendencia central, dispersión (con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%) para las variables cuantitativas y de distribución de frecuencias y proporciones para las cualitativas con ajuste a Gauss mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

En el análisis bivalente se utilizaron: la prueba de Ji-cuadrado para comparación de variables cualitativas; correlaciones para variables cuantitativas; y, para la comparación de medias entre una variable cuantitativa y una cualitativa se utilizó la T-Student si esta última era dicotómica o el análisis de la variancia (ANOVA) si era politómica. También se llevó a cabo un análisis multivariante mediante regresión múltiple.

## Resultados

Se recuperaron 62 de los cuestionarios que se distribuyeron entre los 76 profesionales médicos que integraban el universo del estudio. El porcentaje de respuesta fue, pues, del 81,5%. Un 46,8 % eran hombres y un 53,2% mujeres. En la **tabla 1** se describen las características de las variables cualitativas de la población estudiada.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y laborales de la población estudiada. (Variables cualitativas)		
	Frecuencia	%
<b>SEXO</b>		
Hombres	29	46,8
Mujeres	33	53,2
<b>CONTRATO LABORAL</b>		
Fijo	42	67,7
Interino	19	30,6
Eventual	1	1,6
<b>HORARIO LABORAL</b>		
Turno mañana	12	19,4
Turno tarde	5	8,1
Turno mixto	45	72,6
<b>ATENCIÓN CONTINUADA</b>		
Si	35	56,5
No	27	43,5
<b>EXCLUSIVIDAD LABORAL</b>		
Si	34	54,8
No	28	45,2
<b>NÚMERO DE CONSULTORIOS DONDE SE PASA VISITA</b>		
1	48	77,4
2	14	22,6
<b>¿PSICOFÁRMACOS PASANDO CONSULTA?</b>		
Si	3	4,8
No	55	88,7
NC	4	6,5
<b>% VISITAS ADMINISTRATIVAS</b>		
Bajo	5	8,1
Medio	41	66,1
Alto	16	25,8
<b>% VISITAS PARA CONTROL PACIENTES CRÓNICOS</b>		
Bajo	4	6,5
Medio	34	54,8
Alto	24	38,7
<b>MINUTOS DE CITA PREVIA</b>		
7	6	9,7
8	25	40,3
10	31	50

Destaca que más de la mitad de los profesionales médicos tenían en un contrato fijo (67,7%). Su edad media era de 46,9 años. Los años de antigüedad en la empresa presentaba una media de 18,7 años. Tres de cada cuatro (72,6%) tenían un horario de trabajo mixto (mayoritariamente 3 mañanas y 2 tardes).

Debidas las características demográficas de la comarca del Bages y la dispersión de los municipios que integran cada Área Básica de Salud, uno de cada cuatro profesionales (22,6%) tenía que desplazarse a un consultorio local además del de la su ABS. Más de la mitad realizaban atención continuada (56,5%). La exclusividad laboral la encontramos en el 54,8% de la población estudiada. En relación a la pregunta planteada en el cuestionario sobre la necesidad de tomar algún psicofármaco para poder continuar la consulta diaria respondieron afirmativamente un 4,8% (n=3) de la población.

En cuanto a la organización de la propia consulta, el porcentaje de visitas administrativas y de control de pacientes crónicos fue medio de forma mayoritaria en ambos casos, 66,1% y 54,8%, respectivamente, y alto, en un 25,8% y 38,7%, respectivamente. La **tabla 2** describe las variables cuantitativas. La media de población asignada y la carga asistencial (población asignada ponderando el porcentaje de población en cada franja de edad) eran de 1.729,40 y de 2.900,45 respectivamente.

**Tabla 2.** Datos sociodemográficos y laborales de la población estudiada.  
(Variables cuantitativas)

	Media	Desviación estándar	Valor mínim – valor màxim
EDAD	46,9	7,8	31-60
AÑOS ANTIGÜEDAD	18,7	8,1	3-31
HORAS ASISTENCIALES/SET	33,6	4,1	18-37
POBLACIÓN ASIGNADA	1729,4	264,5	835-2122
CARGA ASISTENCIAL	2900,4	464,7	1407-3746
VISITAS REALES/AÑO (demanda)	5625,3	1095,1	2814-8413
VISITAS ESP-URG/AÑO (PI)	2628,6	994,0	532-5667
PRESIÓN ASISTENCIAL	27,2	5,3	13,6-40,6
FRECUENTACIÓN	3,3	0,5	1,8-4,6
VISITAS OFERTAS/AÑO	7145,5	1107,5	4471,2-10184,4
SIN CITA = DEMANDA-OFFERTA	-1520,2	1235,3	-6418 - 547
NÚMERO DE SC/DÍA	-7,3		-31 - 2,6

La oferta media anual de visitas fue de 7.145,50 que correspondería a una oferta media diaria de 34,51 visitas. La demanda media anual de visitas realizadas en la comarca del Bages fue de 5.625,27 que correspondería a una presión asistencial media de 27.17 visitas/día (DS= 5.29). A causa de la estructuración flexible de las agendas creadas para registrar actividades, en muchos casos, la media de oferta de visitas superaba la demanda, por este motivo, la media de SC fue de -1.520,23 (-7,34 visitas SC/día), eso significa que la gran mayoría de los profesionales no tienen o no se identifican visitas SC. La media de visitas de PI era de 2.628,60 (12,69 visitas/día), eso representa un 45,96% de las visitas de PI (18,91% - 87,67%) anuales.

En el apartado de las cinco preguntas sobre creencias en la gestión de agendas se objetivó que 3 de cada 4 profesionales (74,2%) no estaban de acuerdo con la afirmación que decía que el sistema sanitario podría reducir o eliminar los retrasos en la citación sin añadir recursos. En relación a la citación previa de visitas como causa de la lista de espera estaban de acuerdo 1 de cada 4 médicos (27,4%) y más de la mitad no se posicionaban (54,8%). La idea de cuanto más oferta de visitas más demanda también en relación a si la accesibilidad al propio médico/a de cabecera disminuía la demanda asistencial fue indiferente, sin posicionamiento, en un 43,5%, solo 1 de cada 4 estaba de acuerdo (25,8%). En la última pregunta donde se pedía opinión sobre la transferencia de tareas asistenciales a otros miembros del equipo, un 43,5% estaba de acuerdo y un 22,6% en desacuerdo.

La atención médica a los PI y SC en cada ABS estaba organizada de forma diferente en función de si tenían o no profesionales que se desplazaban una parte de su jornada o su totalidad a consultorios locales. Así vimos:

**- ABS sin consultorios locales:**

o Visitas y domicilios esp/urg: cada uno los suyos. En cada turno había un profesional de referencia que cubría las visitas y domicilios esp/urg del contraturrno o del mismo turno pero que estaba ausente.

o Cada día había un médico/a responsable, de referencia para las visitas esp/urg en el centro y otro médico/a responsable de los domicilios esp/urg. Normalmente este profesional este día tenía una agenda sin cita previa o con menos cita previa que el resto.

**- ABS con consultorios locales con profesionales médicos a tiempo completo:** Visitas y domicilios esp/urg en los consultorios locales y ABS: cada uno las suyas. Siempre había un profesional de referencia en otro consultorio local o la ABS que cubría estas visitas cuando se estaba fuera del horario de consulta.

**- ABS con consultorios locales con profesionales médicos a tiempo parcial (combinando dos consultas dentro del mismo horario):**

o Cada turno tenía un profesional de referencia que cubría las visitas y domicilios esp/urg de todos los demás profesionales, estuvieran o no pasando consulta en ese momento. Este profesional podía tener una cita previa inferior a los otros días o no tener.

o Cada uno hacía las suyas pero en cada turno tenía un profesional de referencia para las visitas y domicilios esp/urg del contraturrno o de los profesionales que ya se habían desplazado a los consultorios locales.

En la **tabla 3** se expresan los resultados obtenidos del cuestionario MBI, así como los criterios diagnósticos operativos. Destaca los niveles altos obtenidos en las subescalas CE y DP, 51,6% y 43,5% respectivamente. Pasa lo contrario en la subescala de RP donde solo 1 de cada 4 tiene poca realización personal (25,8%). Como se ha mencionado anteriormente este test identifica la existencia de burnout en relación a la valoración conjunta de las tres subescalas. Teniendo en cuenta esto, el 91.9% (n=57) de la población encuestada presenta un cierto grado de *burnout*.

**Tabla 3.** Distribución de los participantes según las subescalas del MBI  
(la primera columna se refiere a los criterios diagnósticos operativos)

	BAJO		MEDIO		ALTO	
Cansancio Emocional (CE)	≤18	11 (17,7%)	19-26	19 (30,6%)	≥ 27	32 (51,6%)
Despersonalización (DP)	≤ 5	24 (38,7%)	6-9	11 (17,7%)	≥ 10	27 (43,5%)
Realización Personal (RP)	≥ 40	23 (37,1%)	34-39	23 (37,1%)	≤ 33	16 (25,8%)

El análisis bivalente realizado entre las tres subescalas del MBI y las diferentes variables cualitativas únicamente obtuvimos resultados estadísticamente significativos con el sexo, atención continuada, número de consultorios y toma de psicofármacos (tabla 4).

<b>Tabla 4.</b> Relación entre las puntuaciones de las tres subescalas del MBI y las variables cualitativas consideradas como posibles factores relacionados con la aparición del síndrome.									
Variables	Cansancio emocional			Despersonalización			Realización personal		
	media	EEM	p	media	EEM	p	media	EEM	p
<b>SEXO</b>									
Hombre	29,5	2,3	0,276	10,4	1,2	<b>0,035</b>	37,1	1,5	0,957
Mujer	26,4	1,6		7,1	0,9		37,0	1,2	
<b>CONTRATO LABORAL</b>									
Fijo	28,9	1,7	0,275	9,6	0,9	0,096	38,1	1,6	0,099
Interino/alto	25,6	2,3		6,8	1,2		34,8	1,5	
<b>HORARIO LABORAL</b>									
Turno mañana	30,3	3,0	0,606	10,9	1,6	0,107	34,2	2,2	0,242
Turno tarde	24,8	4,3		9,1	1,6		40,4	2,8	
Turno mixto	27,5	1,7		8,62	0,9		37,4	1,1	
<b>ATENCIÓN CONTINUADA</b>									
No	24,0	2,3	<b>0,014</b>	7,6	1,2	0,220	37,5	1,3	0,689
Si	30,8	1,6		9,5	1,0		36,7	1,3	
<b>EXCLUSIVIDAD LABORAL</b>									
No	28,8	2,2	0,530	9,3	1,3	0,472	37,5	1,3	0,673
Si	27,0	1,8		8,2	0,9		36,7	1,3	
<b>% VISITAS ADMINISTRATIVAS</b>									
Bajo-Medio	25,0	1,4	<b>0,000</b>	8,0	0,8	0,135	37,9	0,9	0,119
Alto	35,9	2,7		10,7	1,8		34,6	2,3	
<b>% VISITAS CRÓNICAS</b>									
Bajo-Medio	27,5	1,8	0,782	9,7	1,0	0,103	36,4	1,1	0,425
Alto	28,3	2,3		5,9	1,2		38,0	1,7	
<b>SIN CITA</b>									
No	27,8	1,6	0,911	8,9	0,8	0,445	36,8	0,9	0,463
Si	28,3	2,3		7,0	2,0		39,0	3,0	
<b>Nº CONSULTORIOS</b>									
1	25,9	1,6	<b>0,009</b>	8,1	0,9	0,181	37,71	1,0	0,195
2	34,6	2,5		10,6	1,7		34,79	2,1	
<b>MINUTOS DE CP</b>									
7	34,0	4,5	0,260	9,3	3,1	0,834	36,7	2,8	0,253
8	25,8	2,4		8,1	1,3		38,6	1,0	
10	28,3	1,4		9,0	1,0		35,5	1,6	
<b>PSICOFÁRMACOS</b>									
No	26,5	1,4	<b>0,028</b>	7,9	0,8	<b>0,007</b>	37,3	0,9	0,576
Si	35,3	7,3		12	4,0		32,6	8,4	

Las mujeres presentaban una media de DP más baja que los hombres, y no se detectaron diferencias con las otras subescalas. El CE era superior en los profesionales que hacían atención continuada. Por otra parte, los médicos/as que se desplazaban a consultorios locales también tenían niveles superiores en la subescala CE. Los que percibían un porcentaje alto en el número de visitas de carácter administrativo realizadas también puntuaban más alto en el CE. Finalmente, también tenían una puntuación más alta del CE los que necesitaban psicofármacos.

Al analizar las variables cuantitativas solo se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa entre los años de antigüedad y más puntuación a CE y DP. ( tabla 5).

**Tabla 5.** Relación entre las puntuaciones de las tres subescalas del MBI y las variables cuantitativas consideradas como posibles factores relacionados con la aparición del síndrome.

Variables		Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
EDAD	Coefficiente correlación p	0,280 <b>0,033</b>	0,268 <b>0,042</b>	0,063 0,640
AÑOS ANTIGÜEDAD	Coefficiente correlación p	0,301 <b>0,021</b>	0,282 <b>0,031</b>	0,006 0,966
HORAS ASISTENCIALES/SET	Coefficiente correlación p	0,175 0,173	-0,051 0,692	-0,174 0,176
CARGA ASISTENCIAL	Coefficiente correlación p	-0,102 0,430	0,042 0,744	0,028 0,828
POBLACIÓN ASIGNADA	Coefficiente correlación p	-0,076 0,557	0,053 0,681	-0,050 0,701
SC ANUAL	Coefficiente correlación p	-0,134 0,304	0,042 0,745	0,189 0,142
PI ANUALES	Coefficiente correlación p	-0,115 0,374	-0,105 0,419	0,198 0,123
DEMANDA	Coefficiente correlación p	-0,062 0,631	-0,055 0,674	0,239 0,062
FRECUENTACIÓN	Coefficiente correlación p	-0,019 0,882	-0,134 0,300	0,329 <b>0,009</b>

En el análisis multivariante, el modelo que incluye los años de antigüedad, el desplazamiento a consultorios locales y el hacer atención continuada es lo que resulta más predictor del *burnout*, pero solo consigue explicarlo un 23,3%.

## Discusión

Cuando preguntábamos a los médicos antes de responder a los dos cuestionarios si creían que las interrupciones, imprevistos y sobre todo los SC (uno de los objetivos de trabajo), podían tener una relación directa a la hora de generar *burnout*, la respuesta era "sí", excepto en un área básica que decían que no tenían este tipo de visita. A pesar de esto, el nuestro estudio no encontramos una relación entre estos tipos de visitas, entre la sobrecarga asistencial y la presencia de *burnout*. Nos resulta sorprendente que una percepción clara por la gran mayoría de los profesionales encuestados/as se aleja tanto de la realidad o mejor dicho del "registrado".

De la bibliografía consultada sobre la prevalencia de las visitas fuera de agenda (SC) se obtienen resultados de un 7 % por Vítors et al, un 15% por Rodríguez et al y un 25 % para el grupo de calidad de la ABS Girona-4 del 2006. En nuestro caso solo 7 médicos de los 67, presentan entre 1 y 2 pacientes sin cita, eso supone una prevalencia de -0,31 % (DS=0.34). Por tanto se podría decir que este tipo de visita no existe en nuestra comarca.

Los estudios revisados sobre pacientes sin cita o visitas fuera de agenda parten de 'un registro diferenciado de las agendas diarias con la intención de valorar o conocer las características de los SC (estudios de carácter prospectivo). En nuestro caso lo que pretende es ver la relación entre SC y *burnout* y por eso se recorrió directamente en las agendas de cada profesional (retrospectivamente). Una conocida en la espina dorsal de las agendas hemos visto que estas han estado configuradas de tal manera que se ajustan a las múltiples demandas de los usuarios (tenerlo todo previsto), lo cual permite al administrativo grabar cualquier tipo de actividad, en ocasiones espacios virtuales (domicilios de un minuto...), sin tener que gestionarlas. Esta flexibilidad de las agendas permite dar una respuesta informática inmediata al usuario sin tener en cuenta al profesional. Según nuestros resultados los SC no generan *burnout* pero es evidente que representan un problema de organización de la consulta.

Respecto los PI, que representan un volumen importante de la tarea diaria (45,96%) tampoco se ha podido encontrar una relación con el *burnout*. Las agendas no permiten identificar bien el tipo de visita que se realiza y en muchos casos seguramente los sin cita son registrados como PI. Nosotros proponemos una clara diferenciación de este tipo de asistencia. Por eso es necesario que la sectorización de las agendas sea proporcional a la presión asistencial y a la frecuentación obteniendo un número de citas previas, espontáneas y urgentes que se adapten a la situación real. De esta manera podríamos identificar la carga asistencial que representan estas visitas y los problemas organizativos que comportan con el fin de encontrar soluciones. En el caso de los PI proponemos esp o esp no postponible y en el caso de los SC como visita urgente.

A pesar de haberse demostrado la relación PI y SC como generadores de *burnout* por todos los inconvenientes antes mencionados en nuestra comarca se ha creado la figura del médico de refuerzo que se encarga de atender este tipo de demanda descongestionando las agendas del resto de profesionales. Figura muy preciada en todos los centros. Eso no deja de ser curioso cuando este tipo de visita en "teoría" no representa un problema.

La alta tasa de respuestas obtenidas (81,5%) posiblemente es debida a la forma en que se organizó la presentación del trabajo y la recogida de los cuestionarios. También al hecho de que el equipo de estudio fuera conocido, que se presentara personalmente en cada ABS y se aprovechara para poder hablar en sesión de este síndrome que nos afecta de forma mayoritaria. Al contrario de este último hecho podría haber sesgado las respuestas al MBI y favorecer estos resultados con puntuaciones altas a las subescalas de

CE y DP.

El MBI es el cuestionario más utilizado para valorar el grado de *burnout* de los profesionales. Nuestra opinión es que se trata de una herramienta muy sensible y poco específica. La mayoría de los profesionales encuestados manifestaron la dificultad que tenían para responderle, tanto por la forma en que estaban planteadas las preguntas como por los diferentes opciones de respuesta. En este sentido ya han salido iniciativas para buscar nuevos instrumentos de medida del grado de *burnout* que no presentan las limitaciones conceptuales y psicométricas que presenta el MBI. <sup>13,14</sup>

Una de las limitaciones importantes de este trabajo es el volumen de la población encuestada, que es pequeño, a pesar de disponer de un índice alto de respuesta. Por otro parte, el hecho de que un 91,8% de los profesionales presentara un cierto grado de *burnout* no nos permitieron tener dos grupos comparativos entre ellos para valorar si realmente tenían diferencias significativas, y especialmente para interpretar la capacidad predictiva de las variables analizadas. En comparación con otros estudios de *burnout* realizados en el estado español<sup>15,16,17,18</sup> nuestra prevalencia ha sido más elevada concretamente en la subescala de CE que es la que mejor refleja el grado de burnout, teniendo un nivel alto en un 51,6% y moderado en un 30,6%. Eso nos habría de hacer reflexionar sobre las posibles causas de *burnout* y con seguridad factores externos por el elevado porcentaje encontrado y en contra de la propia definición de *burnout* (trastorno adaptativo individual). Seguramente eso repercute con la actividad médica y sería interesante abrir nuevas vías de investigación para estudiar las consecuencias. La situación laboral presente que viven los médicos de primaria y el cambio de rol del profesional médico hacia la sociedad y los propios compañeros, tal como se apunta en el artículo de Níger Edwards et al al BMJ de 2002<sup>6</sup>, mencionado anteriormente, podrían influir en la obtención de estas tasas tan altas en nuestra y en todas partes.

Posiblemente la tendencia sea cada vez de más prevalencia si no se produce un cambio sustancial en la manera de plantearnos la formación de nuestra profesión, ya desde pregrado, preparando a los profesionales para dar respuesta a las demandas y prioridades actuales de nuestra sociedad.

Es interesante leer atentamente el artículo de "Accés Avançat"<sup>19</sup> por las reflexiones que realiza sobre los motivos de los retrasos en la atención de los pacientes en primaria especificando claramente que se trata de un problema de organización y no una falta de recursos. El equilibrio entre oferta y demanda, poca diversidad del tipo de visita y de otras son enumeradas como elementos básicos de aplicación de este sistema. En el Bages se continua pensando, tres de cada cuatro, que el problema es de falta de recursos. Concretamente más médicos/as.

El análisis exhaustivo que se ha realizado de las agendas, sí que nos ha permitido confirmar algunos de los problemas que se apuntan en el mencionado artículo. Por una parte, una oferta virtual (registro de todas las actividades) que supera la demanda sin implicar un aumento de la presión asistencial, que ha sido de <sup>27,17</sup> pacientes/día (DS=5,29), media inferior a otros lugares<sup>14</sup>. Y, por otra, una diversidad de citas y tiempo diferentes destinados a cada una de ellas que no ayudan a una buena organización ni detección de sus problemas.

Las dos propuestas organizativas más habituales que se realizan actualmente para hacer frente al incremento de la demanda, es decir, el cambio de rol y contenidos de los profesionales y la redefinición de las agendas en la línea del "acces avanzado", van en contra de las creencias e fuertemente arraigadas entre los profesionales y sería necesaria una tarea minuciosa por parte de todos los directores y gestores de la atención primaria para incorporarlas en la tarea del día a día de cada uno de nosotros.

## Bibliografía

1. C Olivar, S. González, M.M. Martínez. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. Aten Primaria 1999; 16:
2. Gervas J., Hernández Monsalve L.M. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. Med Clin 1989;93:572-575.
3. J.C. Mingote Adán. Sección del Servicio de Psiquiatría del Hospita Universitario 12 de Octubre. Madrid. Sd. *Burnout* o sd. Desgaste profesional. FMC 1998; 5,8: 493-503.
4. De Pablo González R. La atención primaria de salud como eje del sistema público sanitario. Semergen 2005; 31:214-8.
5. Richard Smith. Why are doctors so unhappy? BMJ.2001;322:1073-4.
6. Níger Edwards et al. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ 2002;324:835-8
7. Vitores Picón M.P, Cortés Durán P.M, Fernandez Giron M, Torres Romo R, Tomey Torcal I, Iradier Barrio D, Cazallas Diaz E, y León García A. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. Aten Primaria 2001;28: 298-304.
8. Mallorquí Bertran C, Mas Marquès M, Perez Muñoz P, Vinyets Gelada G, Buñuel Alvarez J.C, Agustí Corredor J, Comerma Mendez A, Adroher Muñoz M. Tenen solució les visites fora d'agenda?. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària 2006;24: 3-7.
9. De Diós del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Muedra Sanchez M, Hernandez Sanchez A, Grueso Muñoz E. ¿Por qué hay pacientes que acuden sin cita previa?. Semergen 2006;32:4-9.
10. Martínez de la Casa Muñoz A, Del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Frago. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Aten Primaria 2003;32:343-348.
11. Maslach C, Jackson SE. Maslach *Burnout* Inventory. Manual Research Edition. University of California. Palo Alto C.A.: Consulting Psychologist Press, 1986.
12. The Maslach *Burnout* Inventory. Versión española adaptada por Nicolas Seisdedos Cubero. TEA, 1987.
13. Moreno Gimenez B, Gálvez Herrer M, Garrosa Hernández E, Mingote Adán JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria 2006;38(10):544-549.
14. Dolan S et al. Estudi dels factors de risc personals, socioculturals i organitzacionals de la síndrome d'esgotament professional (burnout) en el personal mèdic a Catalunya. Model multidimensional. Memòria científica final. Institut d'Estudis Laborals (IEL). ESADE-Universitat Ramon Llull. 2002.
15. Lomeña Villalobos JA, Campaña Villegas FM, Nuevo Toro G, Rosas Soria D, Berrocal Gamez A, Garcia Molina F. *Burnout* y Satisfacción laboral en Atención Primaria. Medicina de Familia 2004;5:147-155.
16. Martínez de la Casa Muñoz A, Del Castillo Comas C, Magaña Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Frago A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. Aten Primaria 2003;32(6):343-348.
17. De Dios del Valle R, Franco Vidal A. Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción.Semergen 2007;33(2):58-64.
18. Caballero Martín MA, Bermejo Fernandez F, Nieto Gomez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten Primaria 2001;27(5):313-317.
19. Mark Murray, Donald M. Berwick. Advanced Acces. Reducing waiting and delays in Primary Care. JAMA,2003;289(8):1035-40.
20. Casajuana J, Bellon JA. La gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primària. Conceptos, organización y práctica clínica (5ª edición).

## Agradecimientos

Queremos dar las gracias por su colaboración a todos los médicos participantes. Sin su ayuda este trabajo no se habría podido llevar a cabo. Agradecemos el apoyo de los directores de los equipos por facilitarnos la difusión del trabajo al resto de los profesionales.

A Lluïsa Ortega por facilitarnos toda la información de las agendas.

También muy especialmente al Dr. Casajuana como tutor director del trabajo y a todos sus colaboradores.

Agradecemos también el apoyo recibido por parte de Àngels Fusté y Silvia Betran por las traducciones de los artículos en inglés y las correcciones lingüísticas en el texto.