

Treball original

# Els "pacients impacients" i "sense-cita" generen Burnout a l'Atenció Primària?

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

1 ABS Sant Joan de Vilatorrada. Metgessa de Família.

2 Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa. Cap Clínic del Servei d'Urgències Althaia.

3 Parc Sanitari Pere Virgili. Gerent d'Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

**Correspondència:**

**Montserrat Fusté**

Adreça electrònica de contacte: mfusteg@wanadoo.es

ABS St Joan de Vilatorrada

(St Joan de Vilatorrada)

Publicat: 1 d'octubre de 2008

Aquest article està disponible a

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

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## Resum

**INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:** comprovar la relació de pacients impacients (PI) i sense cita (SC) i el grau de *burnout*.

**DISSENY:** estudi descriptiu transversal.

**ÀMBIT:** Atenció Primària. (AP)

**SUBJECTES:** metges/esses d'AP de l'ICS del Bages amb població assignada el 2006 (n=76).

**MESURAMENTS:** oferta i demanda total; visites ESPONTÀNIES/URGENTS, població assignada, càrrega assistencial i temps de cita prèvia. Dos **Qüestionaris:** Maslach *Burnout* Inventory i sociodemogràfiques i creences sobre gestió d'agendes.

**RESULTATS:** Participació 81,5 % Cansament emocional alt en 51.6% Els PI representen un 45.96 % de les visites/diàries. Només un 11.3 % dels professionals tenen SC amb una mitjana de ,1.47 SC/dia). Existeixen diferències estadísticament significatives entre les variables sexe, presa de psicofàrmacs, atenció continuada i nombre de consultoris i *burnout*. El model que inclou les dues últimes variables conjuntament amb els anys d'antiguitat només aconsegueix en un 23,3% predir el *burnout*. El 73.8% creu que calen més recursos per reduir els retards en la citació i el 57,4% creu que a més visites disponibles més demanda.

**DISCUSSIÓ:** No trobem relació entre SC i PI amb *burnout*, malgrat ser una percepció majoritària dels professionals enquestats. Agendes flexibles dissenyades per registrar activitats proporcionen una oferta superior a la demanda. Alta taxa de *burnout*. Noves línies d'estudi serien valorar les conseqüències en lloc de les causes. Propostes organitzatives novedoses enfront a l'increment de la demanda van en contra de les creences dels professionals del Bages. **PARAULES CLAU:** *Burnout*. Atenció primària. Gestió d'agendes. Sense 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.

### Introducció

Cada dos anys, l'Institut Català de la Salut recull dades sobre la qualitat de vida dels seus professionals a través del qüestionari QVP -35. Es considera que la satisfacció laboral dels professionals de la salut pot implicar una assistència sanitària de major qualitat.

La qualitat dels serveis prestats del sistema sanitari manté una relació directa amb el grau de satisfacció dels seus treballadors. Per tant, la insatisfacció i el desgast professional (*burnout*) influeix de manera decisiva en la relació metge-pacient. El 1974, el psicoanalista nord-americà Herbert Freudeuberg i el 1982 la psicòloga social Cristina Maslach<sup>1</sup> van ser els pioners en la detecció, descripció i conceptualització de la síndrome de *burnout*.

Aquesta síndrome, també anomenada malaltia de Tomàs<sup>2</sup> o síndrome del "desenganyat", fa referència a l'estat d'esgotament i desgast laboral dels professionals que presten serveis i assistència a terceres persones. Mingote<sup>3</sup> va més enllà i defineix el *burnout* com un trastorn adaptatiu crònic associat a un inadequat enfrontament de les demandes psicològiques del treball, que altera la qualitat de vida de la persona que el pateix i disminueix la qualitat assistencial. Diferents estudis han anat demostrant la gran i creixent epidèmia de *burnout* que pateix l'Atenció Primària. Múltiples factors afavoreixen aquest desgast professional que es considera que afecta un elevat percentatge de metges, al voltant del 30-50%<sup>4</sup>.

Aquest descontent relativament generalitzat dels metges respon probablement a moltes causes, algunes d'elles profundes, però la causa més òbvia és la sobrecàrrega de feina i la sensació de manca de recolzament (Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322: 1073-4)<sup>5</sup>. Això és congruent amb els resultats del QVP que abans hem esmentat.

Una anàlisi de les causes del descontent dels metges (BMJ 2002: 324: 835-8)<sup>6</sup> les dividia en 3 grans grups: les causes laborals, les causes intrínseques a la pràctica mèdica actual, i l'anomenat "canvi del pacte social". Cal afegir la importància que tenen en la síndrome del *burnout* els trets de personalitat i valors individuals i socials del professional. Motivació i desgast, dos paraules claus en el dia a dia laboral.

La nostra experiència personal, després d'haver treballat en diferents situacions i condicions laborals (substitucions, plaça interina i plaça en propietat), ens ha permès comprovar que l'organització de la jornada laboral (la gestió de l'agenda, font freqüent de conflictes) és un factor que té una alta incidència en la nostra tasca quotidiana com a professionals de l'AP i, al mateix temps, un element clau per exercir-la d'una manera justa i honesta. Quan parlem amb la resta de companys, apareix de manera continuada la incidència de les múltiples interrupcions, el nombre important de visites urgents que responen només a pacients impacients i el nombre important de visites realitzades al marge de les planificades a l'agenda. La prevalença d'aquest tipus de demanda segons Vítores et al és del 7,1%<sup>7</sup> i del 29,9% segons Mallorquí et al<sup>8</sup>. Independentment de quin sigui el seu percentatge real, la percepció dels professionals és que suposen un volum important de feina i comporten problemes d'organització i, en últim terme, una gestió ineficaç del temps<sup>9</sup>. Tot plegat genera en l'usuari una percepció de mala atenció i en el professional una mala tolerància amb sentiments i sensacions poc adequades per la bona praxi mèdica (ser menys sensible, poc comprensiu i fins tot agressiu en la relació amb els pacients), a més d'un tracte distant, amb tendència a culpar el pacient dels propis problemes.

No existeixen estudis que relacionin aquestes visites de pacients impacients i fora d'agenda (a partir d'ara "els sense cita") com a factors generadors de burnout. Per "pacient impacient" (PI), entenem que són tots aquells usuaris/àries que acudeixen a un centre d'atenció primària o truquen per telèfon sol·licitant una atenció sanitària en el mateix moment o el mateix dia i poden ser assignats/des en alguna agenda, sigui la del seu metge/essa de capçalera o la del metge/essa de referència i/o urgències. Per "els sense cita" (SC), els identifiquem com aquells pacients que són visitats el mateix dia que ho demanen sense tenir un espai en l'agenda. Aquestes persones reben una visita forçada (visita fora agenda) o visita no gestionada pels professionals mèdics.

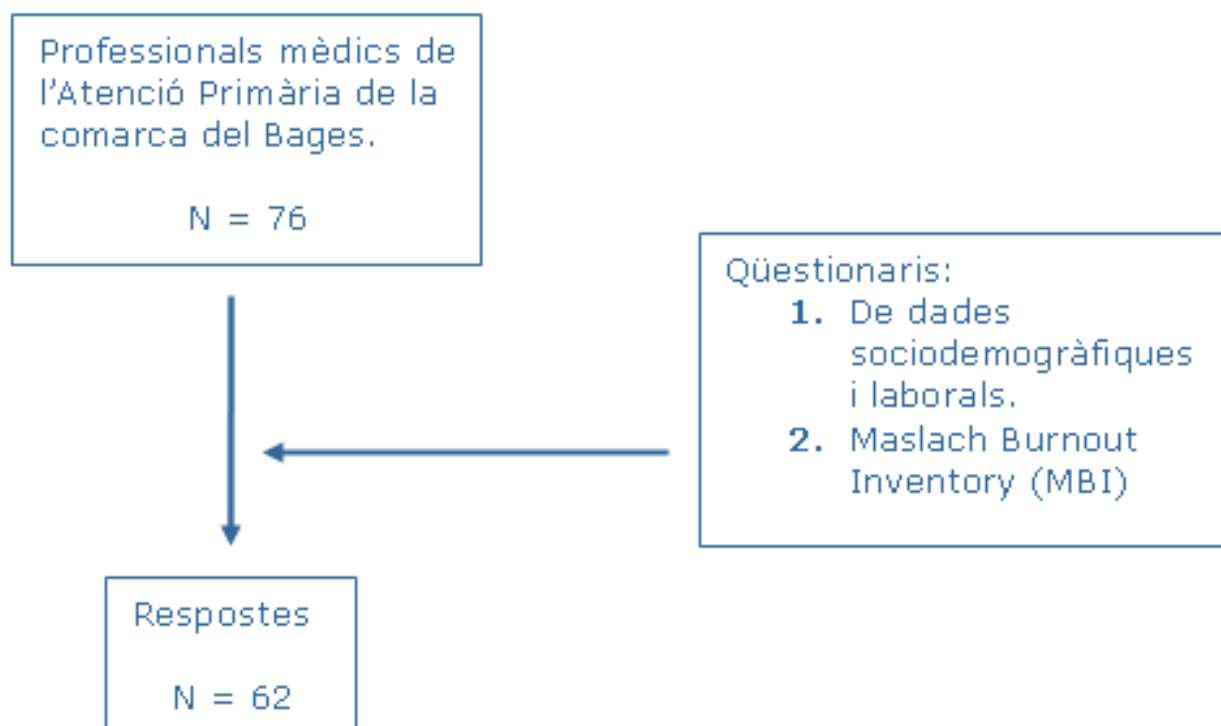
Suggeriments proposats pels mateixos professionals mèdics per alleugerir el burnout, per sobre de tot, eren disminuir la pressió assistencial per tal de disposar de més temps per treballar amb més qualitat<sup>10</sup>.

Per aquest motiu i per tot el que hem dit anteriorment i en referència a l'organització d'agendes, ens proposem com a objectiu general comprovar la relació existent entre el nombre de PI i SC i el grau de *burnout*. I com a objectius específics conèixer la resposta emocional segons el perfil professional (edat, sexe, relació laboral amb l'empresa); la càrrega assistencial no planificada que representen els PI i SC; com estan organitzades les agendas dels professionals per fer front a aquest tipus de demandes i les creences en què es fonamenta aquesta organització.

## Material i mètodes

La **figura 1** presenta l'esquema de l'estudi.

**Figura 1.** Material i mètodes. Quadre resum



### Esquema general de l'estudi:

Estudi descriptiu transversal de la síndrome de *burnout* a la comarca del Bages i la seva relació amb l'atenció als pacients impacients i sense cita.

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal a l'àmbit de l'Atenció Primària, en concret a les Àrees bàsiques de Salut (ABS) de la comarca del Bages. Les ABS es distribueixen de la següent forma: dues a Manresa i les altres deu a: Artés, Cardona, Moià, Monistrol de Montserrat, Navarcles, Navàs, Sallent, Sant Joan de Vilatorrada, Sant Vicenç de Castellet i Súria, totes elles amb els respectius consultoris locals en altres pobles de la comarca. Els criteris d'inclusió dels subjectes estudiats van ser: tots els metges/esses d'AP que tenien un "cupó" assignat des de feia més d'un any i estaven treballant en el moment de l'estudi en les ABS escollides (n=76). Es van excloure les dues metgesses que realitzaven l'estudi, un metge de contingent, els metges/esses de reforç, els i les pediatres, els metges/esses residents, i els odontòlegs/es.

De cada metge/essa i referent a l'any 2006 es va aconseguir la informació següent: oferta real total de visites anuals, que es va extreure de l'anàlisi de l'estructura de l'agenda setmanal de cada professional obtinguda del SIAP-web, aquesta oferta setmanal es va transformar a oferta anual; demanda real total de visites anuals, a partir del total de visites reinformades com a realitzades per cada professional i comptabilitzades per la direcció de la SAP; demanda real de visites i domicilis espontanis/urgents/telefònics (esp/urg/tlf) anual, obtingut de la mateixa manera que l'anterior; població assignada; càrrega assistencial; i temps de dedicació en les visites prèvies. Vam considerar PI totes aquelles visites i domicilis esp/urg i les consultes telefòniques; i, SC totes aquelles visites que excedien del total de visites anuals ofertes.

De cada ABS es va aconseguir també com estava plantejada la gestió o atenció als PI i SC dins l'equip (cadascú els seus, metge de guàrdia, filtre per infermeria...).

Els subjectes van haver de respondre a 2 qüestionaris:

**1. Un de dades generals (d'elaboració pròpia):** edat, sexe, nom de l'ABS on treballa, identificació de la seva agenda segons e-cap (per assegurar la confidencialitat), tipus de contracte laboral amb l'empresa, anys d'antiguitat a l'empresa, horari de treball (torn matí, tarda, mixt), nombre de centres on es realitza activitat assistencial (desplaçament a consultoris locals), nombre d'hores setmanals reals de treball assistencial, realització

de guàrdies, exclusivitat laboral i ús de psicofàrmacs durant la consulta per disminuir el nivell d'ansietat. Finalment, un llistat d'afirmacions perquè expressin el seu grau d'acord o desacord en relació a la organització de les agendes.

**2. El MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI),<sup>11</sup>** dissenyat per estudiar la Sd. Burnout, en la versió validada a l'espanyol per Seisdedos<sup>12</sup>. Qüestionari autoadministrat de 22 ítems en forma d'afirmacions sobre sentiments i actituds del professional en relació al seu treball i als seus clients (pacients) amb 7 opcions de resposta (escala de puntuació de Likert: 0-6).

Aquest qüestionari analitza els tres aspectes fonamentals que constitueixen la Sd. de burnout en forma de 3 subescales:

- Cansament emocional (CE): sentiments del subjecte en relació a la saturació emocional vinculada a la feina. Consta de 9 ítems.
- Despersonalització (DP): resposta freda i impersonal cap als pacients. Mantenir-se distant. Consta de 5 ítems.
- Realització personal (RP): sentiments de competència i eficàcia en la realització de la feina. Consta de 8 ítems.

Les puntuacions de cada escala s'obtenen sumant els valors dels 22 ítems<sup>1</sup>.

L'obtenció de nivells baixos en les tres subescales descarten el burnout. En la resta de situacions podria considerar-se burnout moderat o alt.

En aquest estudi es va considerar variable de resultat la puntuació en el test MBI de desgast professional, en cada una de les seves subescales, la resta de variables es van considerar independents.

Es va preparar una presentació en power-point per explicar en què consistia l'estudi, quins eren els seus objectius i definir què enteníem com a PI i SC perquè quedés clar en el moment de contestar el qüestionari MBI.

Es va parlar amb el director de cada àrea bàsica i es va concertar un dia, que fos en horari de reunió dels metges de l'equip, per passar la presentació i els qüestionaris i poder-los recollir. Prèviament tots els professionals van rebre una carta de presentació del treball assegurant el tractament confidencial de totes les dades i convidant-los a assistir a la reunió. Si el professional mèdic no era present a la reunió se li deixaven els qüestionaris al director juntament amb un sobre perquè poguessin ser retornats.

Les respostes dels qüestionaris, prèviament codificades, es van introduir en la base de dades del programa SPSS/PC v.11.0 per al seu processament i anàlisi estadística que incloïa estadística descriptiva amb mesures de tendència central, dispersió (amb els seus corresponents intervals de confiança del 95%) per a les variables quantitatives i de distribució de freqüències i proporcions per a les qualitatives amb ajustament a Gauss mitjançant el test de *Kolmogorov-Smirnov*.

En l'anàlisi bivariant es van utilitzar: la prova de *Ji-quadrat* per comparació de variables qualitatives; correlacions per variables quantitatives; i, per a la comparació de mitjanes entre una variable quantitativa i una de qualitativa es va utilitzar la *T-Student* si aquesta darrera era dicotòmica o l'anàlisi de la variància (ANOVA) si era politòmica. També es va dur a terme una anàlisi multivariant mitjançant regressió múltiple.

## Resultats

Es van recuperar 62 dels qüestionaris que es van distribuir entre els 76 professionals mèdics que integraven l'univers de l'estudi. El percentatge de resposta va ser, doncs, del 81,5%. Un 46,8 % eren homes i un 53,2% dones. En la **taula 1** es descriuen les característiques de les variables qualitatives de la població estudiada. En destaca que més de la meitat dels professionals mèdics tenien un contracte fix (67,7%). La seva edat mitjana era de 46,9 anys. Els anys d'antiguitat a l'empresa presentava una mitjana de 18,7 anys. Tres de cada quatre (72,6%) tenien un horari de treball mixt (majoritàriament 3 matins i 2 tardes).

**Taula 1.** Dades sociodemogràfiques i laborals de la població estudiada.  
(Variables qualitatives)

|                                          | Freqüència | %    |
|------------------------------------------|------------|------|
| SEXE                                     |            |      |
| Homes                                    | 29         | 46,8 |
| Dones                                    | 33         | 53,2 |
| CONTRACTE LABORAL                        |            |      |
| Fix                                      | 42         | 67,7 |
| Interí                                   | 19         | 30,6 |
| Eventual                                 | 1          | 1,6  |
| HORARI LABORAL                           |            |      |
| Torn matí                                | 12         | 19,4 |
| Torn tarda                               | 5          | 8,1  |
| Torn mixt                                | 45         | 72,6 |
| ATENCIÓ CONTINUADA                       |            |      |
| Si                                       | 35         | 56,5 |
| No                                       | 27         | 43,5 |
| EXCLUSIVITAT LABORAL                     |            |      |
| Si                                       | 34         | 54,8 |
| No                                       | 28         | 45,2 |
| NOMBRE DE CONSULTORIS ON ES PASSA VISITA |            |      |
| 1                                        | 48         | 77,4 |
| 2                                        | 14         | 22,6 |
| PSICOFÀRMACS PASSANT CONSULTA?           |            |      |
| Si                                       | 3          | 4,8  |
| No                                       | 55         | 88,7 |
| NC                                       | 4          | 6,5  |
| % VISITES ADMINISTRATIVES                |            |      |
| Baix                                     | 5          | 8,1  |
| Mig                                      | 41         | 66,1 |
| Alt                                      | 16         | 25,8 |
| % VISITES PER CONTROL PACIENTS CRÒNICS   |            |      |
| Baix                                     | 4          | 6,5  |
| Mig                                      | 34         | 54,8 |
| Alt                                      | 24         | 38,7 |
| MINUTS DE CITA PRÈVIA                    |            |      |
| 7                                        | 6          | 9,7  |
| 8                                        | 25         | 40,3 |
| 10                                       | 31         | 50   |

Ateses les característiques demogràfiques de la comarca del Bages i la dispersió dels municipis que integren cada Àrea Bàsica de Salut, un de cada quatre professionals (22,6%) havia de desplaçar-se a un consultori local a més del de la seva ABS. Més de la meitat realitzaven atenció continuada (56,5%). L'exclusivitat laboral la vam trobar en el 54,8% de la població estudiada. En relació a la pregunta plantejada en el qüestionari sobre la necessitat de prendre algun psicofàrmac per poder continuar la consulta diària van respondre afirmativament un 4,8% (n=3) de la població.

Pel que fa a l'organització de la pròpia consulta, el percentatge de visites administratives i de control de pacients crònics va ser mig de forma majoritària en ambdós casos, 66,1% i 54,8%, respectivament, i alt, en un 25,8% i 38,7%, respectivament.

La **taula 2** descriu les variables quantitatives.

**Taula 2.** Dades sociodemogràfiques i laborals de la població estudiada.  
(Variables quantitatives)

|                              | Mitjana | Desviació estàndard | Valor mínim - valor màxim |
|------------------------------|---------|---------------------|---------------------------|
| EDAT                         | 46,9    | 7,8                 | 31-60                     |
| ANYS ANTIGUITAT              | 18,7    | 8,1                 | 3-31                      |
| HORES ASSISTENCIALS/SET      | 33,6    | 4,1                 | 18-37                     |
| POBLACIÓ ASSIGNADA           | 1729,4  | 264,5               | 835-2122                  |
| CÀRREGA ASSISTENCIAL         | 2900,4  | 464,7               | 1407-3746                 |
| VISITES REALS/ANY (demanda)  | 5625,3  | 1095,1              | 2814-8413                 |
| VISITES ESP-URG/ANY (PI)     | 2628,6  | 994,0               | 532-5667                  |
| PRESSIÓ ASSISTENCIAL         | 27,2    | 5,3                 | 13,6-40,6                 |
| FREQÜENTACIÓ                 | 3,3     | 0,5                 | 1,8-4,6                   |
| VISITES OFERTES/ANY          | 7145,5  | 1107,5              | 4471,2-10184,4            |
| SENSE CITA = DEMANDA-OFFERTA | -1520,2 | 1235,3              | -6418 - 547               |
| NOMBRE DE SC/DIA             | -7,3    |                     | -31 - 2,6                 |

La mitjana de població assignada i la càrrega assistencial (població assignada ponderant el percentatge de població en cada franja d'edat) eren de 1.729,40 i de 2.900,45 respectivament. L'oferta mitjana anual de visites va ser de 7.145,50 que correspondria a una oferta mitjana diària de 34,51 visites. La demanda mitjana anual de visites fetes a la comarca del Bages va ser de 5.625,27 que correspondria a una pressió assistencial mitja de 27.17 visites/dia (DS= 5.29). A causa de l'estructuració flexible de les agendes creades per registrar activitats, en molts casos, la mitjana d'oferta de visites superava la demanda, per aquest motiu, la mitjana de SC va ser de -1.520,23 (-7,34 visites SC/dia), això vol dir que gran majoria dels professionals no tenen o no s'identifiquen visites SC. La mitjana de visites de PI era de 2.628,60 (12,69 visites/dia), això representa un 45,96% de les visites de PI (18,91% - 87,67%) anuals.

En l'apartat de les cinc preguntes sobre creences en la gestió d'agendes es va objectivar que 3 de cada 4 professionals (74,2%) no estaven d'acord amb la afirmació que deia que el sistema sanitari podria reduir o eliminar els retards en la citació sense afegir recursos. En relació a la citació prèvia de visites com a causa de la llista d'espera hi estaven d'acord 1 de cada 4 metges (27,4%) i més de la meitat no es posicionaven (54,8%). La idea de com més oferta de visites més demanda també la compartien més de la meitat de la població enquestada (58,1%) i no hi estaven d'acord un 11,3%. L'opció majoritària en relació a si l'accessibilitat al propi metge/essa de capçalera disminueix la demanda assistencial va ser indiferent, sense posicionament, en un 43,5%, només 1 de cada 4 hi estava d'acord (25,8%). En la darrera pregunta on es demanava opinió sobre la transferència de tasques assistencials a d'altres membres de l'equip, un 43,5% i estava d'acord i un 22,6% en desacord. L'atenció mèdica als PI i SC en cada ABS estava organitzada de forma diferent en funció de si tenien o no professionals que es desplaçaven una part de la seva jornada o la seva totalitat a consultoris locals. Així vam veure:

**- ABS sense consultoris locals:**

o Visites i domicilis esp/urg: cadascú les seves. En cada torn hi havia un professional de referència que cobria les visites i domicilis esp/urg del contratorn o del mateix torn però que estava absent.

o Cada dia hi havia un metge/essa responsable, de referència per les visites esp/urg al centre i un altre metge/essa responsable dels domicilis esp/urg. Normalment aquest professional aquest dia tenia una agenda sense cita prèvia o amb menys cita prèvia que la resta.

**- ABS amb consultoris locals amb professionals mèdics a temps complet:** Visites i domicilis esp/urg als consultoris locals i ABS: cadascú les seves. Sempre hi havia un professional de referència en un altre consultori local o l'ABS que cobria aquestes visites quan s'estava fora de l'horari de consulta.

**- ABS amb consultoris locals amb professionals mèdics a temps parcial (combinant dues consultes dins del mateix horari):**

o Cada torn tenia un professional de referència que cobria les visites i domicilis esp/urg de tots els altres professionals, estiguessin o no passant consulta en aquell moment. Aquest professional podia tenir una cita prèvia inferior als altres dies o no tenir-ne.

o Cadascú feia les seves però en cada torn tenia un professional de referència per les visites i domicilis esp/urg del contratorn o dels professionals que ja s'havien desplaçat als consultoris locals.

En la **taula 3** s'expressen els resultats obtinguts del qüestionari MBI, així com els criteris diagnòstics operatius. Destaca els nivells alts obtinguts en les subescales CE i DP, 51.6% i 43.5% respectivament. Passa el contrari en la subescala de RP on només 1 de cada 4 té poca realització personal (25.8%). Com s'ha esmentat anteriorment aquest test identifica l'existència de burnout en relació a la valoració conjunta de les tres subescales. Tenint en compte això, el 91.9% (n=57) de la població enquestada presenta un cert grau de *burnout*.

| <b>Taula 3.</b> Distribució dels participants segons les subescales del MBI<br>( La primera columna es refereix als criteris diagnòstics operatius) |      |               |       |               |      |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------------|-------|---------------|------|---------------|
|                                                                                                                                                     | BAIX |               | MIG   |               | ALT  |               |
| Cansament Emocional (CE)                                                                                                                            | ≤18  | 11<br>(17,7%) | 19-26 | 19<br>(30,6%) | ≥ 27 | 32<br>(51,6%) |
| Despersonalització (DP)                                                                                                                             | ≤ 5  | 24<br>(38,7%) | 6-9   | 11<br>(17,7%) | ≥ 10 | 27<br>(43,5%) |
| Realització Personal (RP)                                                                                                                           | ≥ 40 | 23<br>(37,1%) | 34-39 | 23<br>(37,1%) | ≤ 33 | 16<br>(25,8%) |

L'anàlisi bivariant realitzant entre les tres subescales del MBI i les diferents variables qualitatives únicament vam obtenir resultats estadísticament significatius amb el sexe, atenció continuada, nombre de consultoris i presa de psicofàrmacs. **(taula 4).**

| <b>Taula 4.</b> Relació entre les puntuacions de les tres subescales del MBI i les variables qualitatives considerades com a possibles factors relacionats amb l'aparició de la síndrome. |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----|--------------|--------------------|-----|--------------|----------------------|-----|-------|
| Variables                                                                                                                                                                                 | Cansament emocional |     |              | Despersonalització |     |              | Realització personal |     |       |
|                                                                                                                                                                                           | mitjana             | EEM | p            | mitjana            | EEM | p            | mitjana              | EEM | p     |
| SEXE                                                                                                                                                                                      |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| Home                                                                                                                                                                                      | 29,5                | 2,3 | 0,276        | 10,4               | 1,2 | <b>0,035</b> | 37,1                 | 1,5 | 0,957 |
| Dona                                                                                                                                                                                      | 26,4                | 1,6 |              | 7,1                | 0,9 |              | 37,0                 | 1,2 |       |
| CONTRACTE LABORAL                                                                                                                                                                         |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| Fix                                                                                                                                                                                       | 28,9                | 1,7 | 0,275        | 9,6                | 0,9 | 0,096        | 38,1                 | 1,6 | 0,099 |
| Interí/alt                                                                                                                                                                                | 25,6                | 2,3 |              | 6,8                | 1,2 |              | 34,8                 | 1,5 |       |
| HORARI LABORAL                                                                                                                                                                            |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| Torn matí                                                                                                                                                                                 | 30,3                | 3,0 | 0,606        | 10,9               | 1,6 | 0,107        | 34,2                 | 2,2 | 0,242 |
| Torn tarda                                                                                                                                                                                | 24,8                | 4,3 |              | 9,1                | 1,6 |              | 40,4                 | 2,8 |       |
| Torn mixt                                                                                                                                                                                 | 27,5                | 1,7 |              | 8,62               | 0,9 |              | 37,4                 | 1,1 |       |
| ATENCIÓ CONTINUADA                                                                                                                                                                        |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| 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 |       |
| EXCLUSIVITAT LABORAL                                                                                                                                                                      |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| 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 |       |
| % VISITES ADMINISTRATIVES                                                                                                                                                                 |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| S                                                                                                                                                                                         | 25,0                | 1,4 | <b>0,000</b> | 8,0                | 0,8 | 0,135        | 37,9                 | 0,9 | 0,119 |
| Baix-Mig-Alt                                                                                                                                                                              | 35,9                | 2,7 |              | 10,7               | 1,8 |              | 34,6                 | 2,3 |       |
| % VISITES CRÒNICS                                                                                                                                                                         |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| Baix-Mig-Alt                                                                                                                                                                              | 27,5                | 1,8 | 0,782        | 9,7                | 1,0 | 0,103        | 36,4                 | 1,1 | 0,425 |
|                                                                                                                                                                                           | 28,3                | 2,3 |              | 5,9                | 1,2 |              | 38,0                 | 1,7 |       |
| SENSE CITA                                                                                                                                                                                |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| 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 |       |
| Nº CONSULTORIS                                                                                                                                                                            |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| 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 |       |
| MINUTS DE CP                                                                                                                                                                              |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| 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 |       |
| PSICOFÀRMACS                                                                                                                                                                              |                     |     |              |                    |     |              |                      |     |       |
| 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 |       |

Les dones presentaven una mitjana de DP més baixa que els homes, i no es van detectar diferències amb les altres subescales. El CE era superior en els professionals que feien atenció continuada. D’ altra banda, els metges/

esses que es desplaçaven a consultoris locals també tenien nivells superiors en la subescala CE. Els que percebiien un percentatge alt en el nombre de visites de caràcter administratiu fetes també puntuaven més alt en el CE. Per últim també tenien una puntuació més alta del CE els que necessitaven psicofàrmacs. En analitzar les variables quantitatives només es va trobar una correlació positiva estadísticament significativa entre els anys d'antiguitat i més puntuació a CE i DP. ( **taula 5**).

En l'anàlisi multivariant, el model que inclou els anys d'antiguitat, el desplaçament a consultoris locals i el fer atenció continuada és el que resulta més predictor del *burnout*, però només aconsegueix explicar-ho en un 23,3%.

| Taula 5. Relació entre les puntuacions de les tres subescales del MBI i les variables quantitatives considerades com a possibles factors relacionats amb l'aparició de la síndrome. |                            |                       |                       |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Variables                                                                                                                                                                           |                            | Cansament emocional   | Despersonalització    | Realització personal  |
| EDAT                                                                                                                                                                                | Coeficient correlació<br>p | 0,280<br><b>0,033</b> | 0,268<br><b>0,042</b> | 0,063<br>0,640        |
| ANYS ANTIGUITAT                                                                                                                                                                     | Coeficient correlació<br>p | 0,301<br><b>0,021</b> | 0,282<br><b>0,031</b> | 0,006<br>0,966        |
| HORES ASSISTENCIALS/SET                                                                                                                                                             | Coeficient correlació<br>p | 0,175<br>0,173        | -0,051<br>0,692       | -0,174<br>0,176       |
| CÀRREGA ASSISTENCIAL                                                                                                                                                                | Coeficient correlació<br>p | -0,102<br>0,430       | 0,042<br>0,744        | 0,028<br>0,828        |
| POBLACIÓ ASSIGNADA                                                                                                                                                                  | Coeficient correlació<br>p | -0,076<br>0,557       | 0,053<br>0,681        | -0,050<br>0,701       |
| SC ANUAL                                                                                                                                                                            | Coeficient correlació<br>p | -0,134<br>0,304       | 0,042<br>0,745        | 0,189<br>0,142        |
| PI ANUALS                                                                                                                                                                           | Coeficient correlació<br>p | -0,115<br>0,374       | -0,105<br>0,419       | 0,198<br>0,123        |
| DEMANDA                                                                                                                                                                             | Coeficient correlació<br>p | -0,062<br>0,631       | -0,055<br>0,674       | 0,239<br>0,062        |
| FREQÜENTACIÓ                                                                                                                                                                        | Coeficient correlació<br>p | -0,019<br>0,882       | -0,134<br>0,300       | 0,329<br><b>0,009</b> |

## Discussió

Quan preguntàvem als metges abans de respondre als dos qüestionaris si creien que les interrupcions, imprevistos i sobretot els SC (un dels objectius de treball), podien tenir una relació directa a l'hora de generar burnout, la resposta era “sí”, excepte en un àrea bàsica que deien que no tenien aquest tipus de visita. Malgrat això, en el nostre estudi no trobem una relació entre aquests tipus de visites, entre la sobrecàrrega assistencial i la presència de burnout. Ens resulta sorprenent que una percepció clara per la gran majoria dels professionals enquestats/ades s'allunyi tant de la realitat o més ben dit del “registrar”.

De la bibliografia consultada sobre la prevalença de les visites fora d'agenda (SC) s'obtenen resultats d'un 7 % per Vítores et al, un 15 % per Rodríguez et al i un 25 % pel grup de qualitat de l'ABS Girona-4 del 2006. En el nostre cas només 7 metges dels 67, presenten entre 1 i 2 pacients sense cita, això suposa una prevalença de - 0.31 % (DS=0.34). Per tant es podria dir que aquest tipus de visita no existeix en la nostre comarca.

Els estudis revisats sobre pacient sense cita o visites fora d'agenda parteixen d'un registre diferenciat de les agendes diàries amb la intenció de valorar o conèixer les característiques dels SC (estudis de caràcter prospectiu). En el nostre cas el que es pretén és veure la relació entre SC i burnout i per això es va recórrer directament a les agendes de cada professional (retrospectivament). Un cop coneguda l'espina dorsal de les agendes hem vist que aquestes han estat configurades de tal manera que s'ajusten a les múltiples demandes dels usuaris (tenir-ho tot previst), la qual cosa permet a l'administratiu enregistrar qualsevol tipus d'activitat, en ocasions espais virtuals (domicilis d'un minut...), sense haver de gestionar-les. Aquesta flexibilitat de les agendes permet donar una resposta informàtica immediata a l'usuari sense tenir en compte el professional. Segons els nostres resultats els SC no generen burnout però és evident que representen un problema d'organització de la consulta.

Respecte els PI, que representen un volum important de la tasca diària (45,96%) tampoc s'ha pogut trobar una relació amb el burnout. Les agendes no permeten identificar bé el tipus de visita que es realitza i en molts casos segurament els sense cita són registrats com a PI. Nosaltres proposem una clara diferenciació d'aquest tipus d'assistència. Per això és necessari que la sectorització de les agendes sigui proporcional a la pressió assistencial i a la freqüentació obtenint un nombre de cites prèvies, espontànies i urgents que s'adaptin a la situació real. D'aquesta manera podríem identificar la càrrega assistencial que representen aquestes visites i els problemes

organitzatius que comporten per tal de trobar solucions. En el cas dels PI proposem ESP o ESP NO POSTPOSABLE i en el cas dels SC com a visita URGENT.

Malgrat no haver-se demostrat la relació PI i SC com a generadors de burnout per tots els inconvenients abans esmentats a la nostra comarca s'ha creat la figura del METGE DE REFORÇ que s'encarrega d'atendre aquest tipus de demanda descongestionant les agendes de la resta de professionals. Figura molt preuada en tots els centres. Això no deixa de ser curiós quan aquest tipus de visita en "teoria" no representa un problema.

L'alta taxa de respostes obtingudes (81,5%) possiblement és deguda a la forma en que es va organitzar la presentació del treball i la recollida dels qüestionaris. També al fet que l'equip d'estudi fos conegut, que es presentés personalment a cada ABS i s'aprofités per poder parlar en sessió d'aquesta síndrome que ens afecta de forma majoritària. Per contra aquest darrer fet podria haver esbiaixat les respostes al MBI i afavorir aquests resultats amb puntuacions altes a les subescales de CE i DP. El MBI és el qüestionari més utilitzat per valorar el grau de burnout dels professionals. La nostra opinió és que es tracta d'una eina molt sensible i poc específica. La majoria dels professionals enquestats van manifestar la dificultat que tenien per respondre'l, tant per la forma en que estaven plantejades les preguntes com per les diferents opcions de resposta. En aquest sentit ja han sortit iniciatives per buscar nous instruments de mesura del grau de burnout que no presenten les limitacions conceptuals i psicomètriques que presenta el MBI. <sup>13,14</sup>

Una de les limitacions importants d'aquest treball és el volum de la població enquestada, que és petit, malgrat disposar d'un índex alt de resposta. Per altra banda, el fet que un 91.8% dels professionals presentés un cert grau de burnout no ens va permetre tenir dos grups comparatius entre ells per valorar si realment tenien diferències significatives, i especialment per interpretar la capacitat predictiva de les variables analitzades. En comparació amb altres estudis de burnout realitzats a l'estat espanyol <sup>15,16,17,18</sup> la nostra prevalença ha estat més elevada concretament en la subescala de CE que és la que millor reflecteix el grau de burnout, tenint un nivell alt en un 51.6% i moderat en un 30,6%. Això ens hauria de fer reflexionar sobre les possibles causes de burnout i amb seguretat factors externs per l'elevat percentatge trobat i en contra de la pròpia definició de burnout (trastorn adaptatiu individual). Segurament això repercuteix amb l'activitat mèdica i seria interessant obrir noves vies d'investigació per estudiar-ne les conseqüències.

La situació laboral present que viuen els metges de primària i el canvi de rol del professional mèdic envers la societat i els propis companys, tal com s'apunta en l'article de Niger Edwards et al al BMJ del 2002<sup>6</sup>, esmentat anteriorment, podrien influir en l'obtenció d'aquestes taxes tant altes a la nostra comarca i arreu. Possiblement la tendència sigui cada vegada de més prevalença si no es produeix un canvi substancial en la manera de plantejar-nos la formació de la nostra professió, ja des de pregrau, preparant als professionals per donar resposta a les demandes i prioritats actuals de la nostra societat.

És interessant llegir atentament l'article d'"Accés Avançat"<sup>19</sup> per les reflexions que fa sobre els motius dels retards en l'atenció dels pacients a primària especificant clarament que es tracta d'un problema d'organització i no una falta de recursos. L'equilibri entre oferta i demanda, poca diversitat del tipus de visita i d'altres són enumerades com a elements bàsics d'aplicació d'aquest sistema. Al Bages es continua pensant, tres de cada quatre, que el problema és de falta de recursos. Concretament més metges/esses.

L'anàlisi exhaustiva que s'ha fet de les agendes, sí que ens ha permès confirmar alguns dels problemes que s'apunten en l'esmentat article. D'una banda una oferta virtual (registre de totes les activitats) que supera la demanda sense implicar un augment de la pressió assistencial, que ha estat de 27,17 pacients/dia (DS=5,29), mitjana inferior a altres llocs<sup>14</sup>. I, de l'altra, una diversitat de cites i temps diferents destinats a cada una d'elles que no ajuden a una bona organització ni detecció dels seus problemes.

Les dues propostes organitzatives més habituals que es fan actualment per fer front a l'increment de la demanda, és a dir, el canvi de rol i continguts dels professionals i la redefinició de les agendes en la línia de "l'accés avançat", van en contra de les creences fortament arrelades entre els professionals i caldrà una tasca minuciosa i aferrissada per part de tots els directors i gestors de l'atenció primària per incorporar-les en la tasca del dia a dia de cada un de nosaltres.

## 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. Niger 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 Garcia 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 Dios 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, Maganya 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, Mingonte 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 Laorte 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: Martin Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primària. Conceptos, organización y pràctica clínica* (5ª edición).

## Agraïments

Volem donar les gràcies per la seva col·laboració a tots els metges participants. Sense la seva ajuda aquest treball no s'hauria pogut portar a terme. Agraïm el suport dels directors dels equips per facilitar-nos la difusió del treball a la resta dels professionals.

A la Lluïsa Ortega per facilitar-nos tota la informació de les agendes. També molt especialment al Dr. Casajuana com a tutor director del treball i a tots els seus col·laboradors.

Agraïm també el suport rebut per part de l'Àngels Fusté i Silvia Betran per les traduccions dels articles en anglès i les correccions lingüístiques en el text.