

En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer

J. Casajuana Brunet
EAP Gòtic. ICS. Barcelona. España.

Una de las características de las empresas excelentes es que siempre están un poco “desordenadas”¹ dado que continuamente están introduciendo cambios en su funcionamiento. Sin embargo, a pesar de la presunta bondad de los cambios, una buena parte de las personas se encuentran más cómodas cuando están dedicadas a la bendita rutina, aunque ello implique, con frecuencia, estancarse en una adormecida mediocridad.

No es de extrañar, pues, que muchas de las cosas que errónea e ingenuamente pusimos en marcha hace ya 25 años, en los albores de la reforma de la atención primaria (AP), permanezcan aún vivas a pesar de que su efectividad esté en entredicho, o incluso cuando disponemos de pruebas suficientes sobre su escasa utilidad.

Uno de los objetivos clave de la reforma, por no decir el objetivo fundamental, era conseguir que la AP resolviera la mayor parte de los problemas de salud. Las guías de funcionamiento de los equipos de atención primaria² (EAP), una especie de manual de instrucciones que el Ministerio puso en nuestras manos para saber cómo hacer funcionar la novedad, indicaban que las actividades preventivas y la consulta programada debían constituirse en el centro de nuestra actividad, dado que al incrementar estas actividades la salud de la población mejoraría y la consulta a demanda representaría, con los años, tan sólo una pequeña parte de nuestra actividad. En esta estrategia la actividad de enfermería debía tener un papel clave.

Sin embargo, la obstinada realidad no ha seguido el itinerario previsto. Las actividades preventivas se han ido incrementando progresivamente con el impulso de programas específicos como el Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria³. Durante algún tiempo el porcentaje de consultas programadas ha sido utilizado como un indicador de calidad (error que en algunos entornos aún

se mantiene), y así han aumentado en número y nos han llevado a caer continuamente en la ley de los cuidados inversos enunciada por Hart⁴ (hacer más a quien menos necesita). Nuestro esfuerzo en “controlar” a los crónicos nos ha llevado a cronificarlos, a hacerlos dependientes de las consultas. Y todo el tiempo ineficientemente invertido en ello nos ha obligado, en cierto modo, a dejar en el olvido muchas de las enfermedades que nos correspondería resolver. Así, no es infrecuente ver que es el especialista el que controla la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, la osteoporosis, los anticoagulantes orales o la hiperplasia benigna de próstata, por poner unos pocos ejemplos.

Pero a pesar de toda esa intensa y reiterada actividad programada (objeto de deseo de contratos-programa y carteras de servicios), la demanda ha hecho caso omiso a nuestros voluntariosos esfuerzos y ha seguido creciendo y creciendo. Así, en la actualidad gran parte de los médicos de nuestros EAP se sienten desbordados por esa demanda en continua expansión y ven su capacidad resolutoria sensiblemente mermada por la falta de tiempo. Por ello, entre otras cosas, la prevalencia del *burnout* entre los profesionales es alta y creciente y se respira, cada vez más, la necesidad urgente de un cambio que no puede quedar limitado a la simple asignación de recursos⁵.

Es evidente que el origen del problema no es único ni simple: en primer lugar, los cambios que ha experimentado la sociedad en las expectativas y actitud en relación con la salud⁶⁻⁸; en segundo término, el cambio del denominado “contrato social” de la medicina⁹, y por último, la necesidad de ajustar unos recursos económicos limitados a un incremento exponencial de los costes sanitarios.

Pero, además de estos factores de gran envergadura, influyen otros aspectos más cercanos, más simples, más vulnerables a la acción de los profesionales. Son aquellos que nos surgen cuando intentamos dar respuesta a la si-

guiente cuestión: dado que tenemos un tiempo limitado, ¿lo estamos empleando para hacer cosas realmente efectivas y lo estamos utilizando de forma eficiente? O, dicho de un modo más operativo, de las actividades que estamos haciendo, ¿cuáles podríamos dejar de hacer para disponer de tiempo para hacer otras más efectivas y/o eficientes?

De una manera simple y resumida podemos decir que una gran parte de nuestra actividad en consulta estará representada, si no se han establecido circuitos específicos, en primer lugar, por la actividad administrativa; en segundo lugar, la actividad generada por los propios profesionales (recogida de resultados de pruebas y controles de crónicos), y finalmente, las enfermedades más o menos agudas, de las cuales sabemos que una buena parte de ellas son autolimitadas y no requieren de ninguna actuación por nuestra parte (son aquéllas en las que “lo mejor es no hacer nada”). De hecho, hace no demasiados años eran resueltas sin necesidad de intervención médica. Eran tiempos en los que la “receta de la abuela” solventaba la mayoría de estos problemas.

Estas actividades pueden, en su mayor parte, realizarse de forma más eficiente fuera de la consulta médica. ¿Cómo podemos hacerlo? Siguiendo el gradiente que se establece entre el mayor y menor volumen y la menor y mayor complejidad de las actividades podemos establecer los siguientes pasos:

1. Inicialmente, eliminar de la consulta las actividades administrativas que deben resolverse en el área administrativa o, simplemente, deben desaparecer (recetas de crónicos y partes de confirmación).

2. Después, la mayoría de las actividades autogeneradas, que deben limitarse a las que son realmente necesarias, y pueden ser resueltas mayoritariamente y de forma más eficiente por el personal de enfermería (controles de crónicos y recogida de resultados).

3. Por último, buena parte de las enfermedades “agudas”, que también podrían ser resueltas por enfermería (enfermedades agudas de baja complejidad).

De este modo, se puede liberar una buena parte del tiempo de consulta para poder dar respuesta a todo aquello que nos corresponde y que ahora está, a menudo, abandonado en manos de los especialistas. Así, asumiremos de forma real nuestra importante responsabilidad en prevención cuaternaria (prevenir los riesgos del intervencionismo médico excesivo, por ejemplo los que puede correr un paciente por ir al especialista sin tener necesidad real de ello)¹⁰.

La carga administrativa

Sigue siendo muy elevada y es consecuencia, en su mayor parte, de la absoluta dejación de funciones en este aspecto

de la administración sanitaria que sigue sin asumir sus responsabilidades, largamente reclamadas¹¹, y castiga a sus profesionales con unos documentos (modelo de receta y modelo de incapacidad transitoria (IC)) que sirven para cualquier cosa menos para prestar una atención adecuada. Para poner un parche a esta ineficiencia, en muchos EAP se han desarrollado circuitos específicos que dejan estas actividades en manos de los administrativos. Pero aún son muchos los equipos en que son los sanitarios médicos y/o enfermeras los que están realizando esta actividad, en ocasiones por tener dotaciones insuficientes de personal administrativo, y en otras, por argumentos tan peregrinos en este caso como la confidencialidad o el simple “esto no me toca”.

Sea cual sea la situación de cada centro, deben arbitrarse las medidas adecuadas para que la actividad administrativa se realice fuera de la consulta¹².

Las actividades autogeneradas

Si con relación a las actividades administrativas el consenso es bastante amplio, no ocurre lo mismo con las actividades generadas por los propios profesionales. Este tipo de demanda está representado básicamente por los denominados controles de crónicos (incluyendo el niño “crónicamente sano”) y por la recogida de resultados de las pruebas complementarias solicitadas. Ambas tienen en común el hecho de ser con frecuencia actividades con una rutina predefinida tanto en cuanto a su contenido como a su desarrollo, y que son previsibles, es decir, que podemos haber establecido nosotros previamente cuándo deben volver, con cuánto tiempo de consulta, y con qué profesional (no siempre debe ser necesariamente el médico). Esto nos permite establecer 3 tipos de estrategias para eliminarlas de nuestra consulta.

1. *Dejar de hacer las actividades innecesarias.* Los “controles” sistemáticos reiterados no aportan valor añadido al proceso de atención al paciente. Hemos llegado a creer que un hipertenso bien controlado es aquel que presentaba cifras tensionales más o menos adecuadas en sus 6, 8 o 12 controles anuales en el centro de salud, cuando eso, en realidad, es un hipertenso dependiente. Un hipertenso bien controlado es aquel que conoce los objetivos terapéuticos (cosa infrecuente), que se controla las cifras por su cuenta (automedida, farmacia, empresa...), y que si en un momento dado se encuentra de forma reiterada con cifras por encima de los valores objetivo, se pone en contacto con nosotros para tomar decisiones. Si no es así, no aparecerá por el centro de salud más que para la realización de las pruebas complementarias que se le indiquen para su seguimiento. Éste sería el concepto adecuado de hipertenso bien controlado que es responsable de su salud.

Es necesario, pues, replantearse los controles de crónicos, racionalizarlos adecuadamente y eliminar de las consultas todos los que son superfluos, es decir, la mayoría.

Debemos tener presente que a estos pacientes, que alcanzan la categoría de “crónicos”, perseverando por nuestra parte en la ley de los cuidados inversos ya comentada, les hemos ofrecido de forma reiterada consultas de mucha más duración de lo habitual. Con el argumento de la educación sanitaria, a lo largo de los años los hemos sometido a horas y horas de formación que, sumadas, podrían constituir un posgrado sobre la enfermedad en cuestión. Va siendo hora de darles ya el diploma y no es preciso que vuelvan a clase.

2. *Utilizar el teléfono cuando sea posible.* La accesibilidad telefónica de los profesionales no es sólo un servicio necesario que ofrecer a nuestros usuarios, sino que es un buen instrumento para gestionar nuestra actividad, por ejemplo para el propio control de los pacientes crónicos. La entrega de resultados de análisis u otras pruebas complementarias también puede hacerse de este modo, evitando así que el paciente si no es necesario, acuda a la consulta, y optimizando el tiempo de ambos.

3. *Compartir con enfermería una mayor parte de la actividad asistencial.* El trabajo del profesional de enfermería en los EAP se ha centrado mucho en actividades muy concretas (técnicas, crónicos, atención domiciliaria...) que limitan la población diana de enfermería. Existe evidencia suficiente para proponer desarrollos de la actividad de enfermería en la línea de una mayor implicación en tratamiento y resultados de los pacientes crónicos (más allá de los simples controles y la educación sanitaria). Así, por ejemplo, hay evidencia de que el seguimiento activo por enfermería en prevención secundaria cardiovascular frente al seguimiento habitual disminuye la mortalidad¹³.

La entrega de resultados, analíticas y otros, por parte de la enfermera, puede ser también una buena forma de ampliar “automáticamente” el área de intervención de enfermería, de llegar a población sana, y de conseguir no sólo mayor eficiencia en el proceso sino también mejores resultados en cobertura de actividades preventivas.

Las enfermedades agudas

Por último, otra línea de trabajo que permite compartir con enfermería la actividad asistencial es su implicación en la atención a afecciones de baja complejidad. Existen abundantes experiencias¹⁴ que muestran que enfermería obtiene unos altos índices de resolución en estas patologías con mayor satisfacción de los pacientes. En esta misma línea, se han puesto en marcha hace unos años en el Reino Unido centros de urgencias atendidos exclusivamente por personal de enfermería¹⁵.

Todas estas propuestas resultan simples en su exposición, discutibles en cuanto a su argumentación y complejas en cuanto a su implementación. Sin embargo, lo que no parece discutible es la necesidad de cambios de calado en el funcionamiento de nuestros equipos. Y buena parte de estos cambios dependen del liderazgo que para ello ejerzamos los propios profesionales.

Bibliografía

1. Peters TJ, Waterman RH. En busca de la excelencia. Barcelona: Folio; 1988.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria. Madrid: Servicio publicaciones MSC; 1984.
3. PAPPS. Evaluaciones. Disponible en: http://www.papps.org/evaluaciones_estudios/evaluaciones/index.html
4. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1:405-12.
5. El Compromiso de Buitrago. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/BUITRAGO.doc>
6. Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med*. 1988;318:414-8.
7. Sen A. Helath: perception *versus* observation. *BMJ*. 2002;324:860-1.
8. Smith R. In search of “non-disease” *BMJ*. 2002; 324:883-5.
9. Smith R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *BMJ*. 2001;322:1073-4.
10. Gervas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria*. 2003;32:158-62.
11. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Barcelona: semFYC-SEMERGEN; 1996.
12. Casajuana J, Bellón J. Gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5.ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.
13. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinics for coronary Herat disease: four years follow-up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ*. 2003;326:84-9.
14. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324:819-23.
15. Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract*. 2003;53:53-9.