

EDITORIAL

Diez minutos, ¡qué menos!

En los últimos meses estamos asistiendo a un interesante, a la vez que polémico, debate entre los profesionales de atención primaria centrado en la premisa de «10 minutos por consulta, qué menos». Existe un borrador de documento en el que han participado semFYC, SEMERGEN y CESH en el que se reivindican 10 minutos por consulta, máximo de 25 consultas al día y no pasar de 1.200 personas adscritas por médico.

En Zaragoza se ha creado una «plataforma de los 10 minutos» para realizar actividades en el ámbito estatal reivindicando este planteamiento.

En el pasado Congreso de la semFYC (Gijón, noviembre de 2000), se desarrolló una mesa al respecto que generó cierta sorpresa, y parece que a partir de entonces se ha establecido una curiosa dicotomía entre los que podríamos llamar defensores de la vía de los 10 minutos (en adelan-

te P-10) y los defensores de la línea de una mejor organización (en adelante P-org).

Esta dicotomía, aunque es una falacia, refleja de alguna forma la etiología de esta situación: una deficiente implantación del modelo teórico con una inadecuada e ineficiente distribución de tareas en un marco funcional con escasa capacidad de ilusionar.

¿Por qué decimos que es falsa esta dicotomía? Porque tanto los unos como los otros creen en los 10 minutos (o más). Y es que el diagnóstico es en todos los casos el mismo: «tiempopenia» (tabla 1). Pero las «estrategias terapéuticas» propuestas por unos y otros parecen ser sensiblemente distintas.

Modelos clínicos teóricos

A continuación presentamos en modelos teóricos cuáles son las consecuencias previsibles de aplicar una u otra estrategia terapéu-

tica en las diferentes formas clínicas conocidas de «tiempopenia».

«Tiempopenia» de tipo 1 (por hiperburocracia ectópica)

Un médico tiene 50 pacientes cada día, la mitad de ellos para renovar recetas, y dedica 5 minutos a cada uno de ellos. ¿Qué tratamiento está indicado?

P-10 propondrá poner un médico más, consiguiendo así que cada médico tenga 25 visitas (la mitad de ellas por recetas). Resultado final del caso: cada visita dispondrá de 10 minutos, la letra de las recetas será mucho más legible, cada médico seguirá teniendo un 50% de consultas burocráticas.

P-org propondrá que los administrativos se encarguen de la repetición de recetas («¿No hay suficientes administrativos? ¡Pues los ponemos!»). Resultado final: cada visita dispondrá de 10 minutos, el médico no realizará las tareas bu-

TABLA 1. Características de la «tiempopenia»

Definición

El criterio diagnóstico de «tiempopenia» que parece actualmente más aceptado es la constatación de un tiempo medio de consulta inferior a 10 minutos

Etiología

Aunque se han considerado diversos factores causales, hasta la fecha sólo se ha podido demostrar de modo irrefutable la relación causal con exceso de burocracia («tiempopenia» de tipo 1), exceso de controles («tiempopenia» de tipo 2) o exceso de clientela («tiempopenia» de tipo 3)

Epidemiología

La prevalencia es muy importante en los entornos de atención primaria y bastante menos frecuente en atención especializada. Aunque no disponemos de datos fiables, parece que la prevalencia de los tipos 1 y 2 es bastante más elevada que la del tipo 3. No se conocen datos comparativos entre comunidades

Clínica

En función del tipo de «tiempopenia», la presentación clínica es similar, pero las pruebas complementarias (análisis de la demanda) permiten distinguir fácilmente entre las distintas formas clínicas. Debe tenerse en cuenta que con frecuencia se pueden dar formas mixtas

Tratamiento

Existen dos escuelas: la denominada «de los 10 minutos» y la denominada «de mejor organización». Mientras la primera propugna que el tratamiento debe hacerse añadiendo médicos en función del tiempo medio encontrado hasta que éste sea matemáticamente de 10 minutos, la segunda propone, en los tipos 1 y 2, añadir elementos organizativos progresivos hasta alcanzar los 10 minutos

rocráticas, el coste para el sistema habrá sido inferior o nulo.

«Tiempopenia» de tipo 2 (por hipercontrol ectópico)

Un médico tiene 50 pacientes cada día, la mitad de ellos para controles, y dedica 5 minutos a cada uno de ellos. La renovación de recetas la hace enfermería, con lo que no tiene casi tiempo para la actividad asistencial. ¿Qué tratamiento está indicado?

P-10 propondrá poner un médico más, consiguiendo así que cada médico tenga 25 visitas (la mitad de ellas para controles). Resultado final del caso: cada visita dispondrá de 10 minutos, los pacientes estarán controlados el doble de tiempo (¿y también el doble de sanos?), cada médico seguirá ejerciendo de controlador en un 50% de las consultas.

P-org propondrá que los administrativos se encarguen de la repetición de recetas («¿No hay suficientes administrativos? ¡Pues los ponemos!»). Enfermería podrá dedicar el tiempo y esfuerzo a la actividad asistencial. Resultado final: cada visita dispondrá de 10 minutos, la actividad asistencial se reparte entre los profesionales asistenciales, el coste para el sistema habrá sido inferior o nulo.

«Tiempopenia» de tipo 3 (por hiperclientela)

Un médico tiene 50 pacientes cada día. Enfermería dedica todo su tiempo a actividades asistenciales. La renovación de recetas la hace el personal administrativo. ¿Qué tratamiento está indicado?

P-10 propondrá poner un médico más, consiguiendo así que cada médico tenga 25 visitas. Resultado final del caso: cada visita dispondrá de 10 minutos. Las diferentes actividades se realizan en los niveles más eficientes del EAP. P-org propondrá exactamente lo mismo, poner un médico más, consiguiendo así que cada médico

tenga 25 visitas. Resultado final del caso: cada visita dispondrá de 10 minutos. Las diferentes actividades se realizan en los niveles más eficientes del EAP.

Así pues, estos modelos teóricos nos permiten evidenciar la importancia de diagnosticar adecuadamente el tipo de «tiempopenia» antes de definir estrategias terapéuticas, porque la aplicación de un tratamiento incorrecto puede repercutir en una ineficiencia irreversible secundaria al aumento indiscriminado de plazas en propiedad.

Modelos prácticos reales

Los modelos clínicos teóricos expuestos deben entenderse como una licencia narrativa, sin duda simplista pero creemos que también clarificadora, que nos permita realizar una aproximación a la realidad. Y la realidad es que aún existen demasiados EAP con un desarrollo organizacional escandalosamente inadecuado, con profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que se encargan de la mayor parte de la actividad burocrática, con un área administrativa bajo mínimos, con una distribución de tareas irracional y desequilibrada entre los diferentes estamentos del equipo y, lo que es peor, con una resignación fatalista a esta cronificada situación.

A partir de esta realidad se obtienen unos datos de frecuentación que son consecuencia del desmadre organizativo más que de las necesidades poblacionales, y a partir de estos datos de frecuentación se alcanzan planteamientos exagerados o equivocados de necesidades de recursos.

Si el personal médico o de enfermería está realizando actividades administrativas porque la dotación de personal de apoyo es insuficiente, aumentar el número de médicos no es, evidentemente, la solución más razonable.

La propuesta de mejora organizativa no está en contra de los 10

minutos (al contrario). El planteamiento que se hace es alcanzar primero una organización adecuada, para poder posteriormente adecuar los recursos humanos si es preciso. Y para alcanzar el nivel organizativo adecuado no deberíamos pensar, aunque hay opiniones contrarias, que ello no es tarea nuestra, que la responsabilidad corresponde a la empresa. Aunque seamos médicos muy «familiares», ya tenemos cierta edad como para andar esperando que mamá-papá-empresa venga a poner orden en nuestra habitación. Es cierto que no es tarea fácil, pero no por ello debemos adoptar una actitud pasiva esperando que «fuerzas superiores» vengan a resolver nuestros problemas, definiendo adecuadamente las funciones o con monsergas normativas similares.

Y si ya estamos adecuadamente organizados, ¿cuál es el punto de inflexión en el que la «tiempopenia» empieza a ser un problema de exceso de clientela?

Probablemente, la cifra de los 1.800 pacientes por profesional (ajustada según características poblacionales) sea el punto de corte si estamos pensando en el tipo de modelo organizativo que mayoritariamente tenemos: EAP de funcionarios de 7 horas, plantilla de médicos y enfermeras dimensionada para trabajar en un modelo de unidad básica asistencial 1 a 1, organización centrada en el equipo... Pero si vamos un poquito más allá, el siguiente paso debería ir en la línea de pensamiento de romper con la uniformidad del modelo (pasar totalmente del modelo y preocuparse en mirar los resultados), lo cual implicaría superar la situación actual mediante cambios de mucho más empaque que los que se están planteando, y que, lógicamente, superan en mucho las pretensiones de este editorial.

J. Casajuana

EAP Gòtic. ICS. Barcelona.