



# **Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria**

Organización Médica Colegial  
Marzo de 2003

# **Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria**

Este documento responde a una iniciativa de la Organización Médica Colegial Española. Con él se ha pretendido analizar la situación del ejercicio médico en España y proponer las condiciones básicas necesarias para garantizar una práctica adecuada para las necesidades de los pacientes y de la sociedad, y para lograr la excelencia profesional. En su redacción han intervenido médicos de reconocida trayectoria en Atención Primaria y con una experiencia laboral y unas sensibilidades profesionales diversas.

La Organización Médica Colegial expone este documento al debate profesional y social para, con las aportaciones de todos los sectores implicados, poder conseguir las mejoras financieras, legales y organizativas necesarias para elevar la capacidad resolutive y la calidad de la Atención Primaria de Salud.

Madrid, 1 de abril de 2003

## **Han intervenido en la elaboración del documento:**

Emilia Díaz  
Javier G. Medel  
Rafael de Pablo  
Luis Palomo  
Francisco Toquero  
Fernando Pérez  
Francisco Pulido  
Juan J Rodríguez  
Agustín Reoyo  
Miguel A. Ripoll  
José Zarco

# Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria

## Índice:

1. Introducción	página	4
2. Objetivos del documento	“	5
3. Atención Primaria en España vs. en Europa	“	5
4. Áreas que analiza el documento	“	6
4.1 Formación	“	6
4.1.2 Relaciones con la universidad	“	6
4.2 Organización	“	7
4.2.1 Rendimiento laboral	“	7
4.2.1.1 Curva de rendimiento laboral	“	7
4.2.1.2 Inversión emocional	“	7
4.2.1.3 Modelo intuitivo analítico	“	8
4.2.2 Espacios para tareas no asistenciales	“	8
4.2.3 Tiempo medio por visita	“	8
4.2.4 Gestión del tiempo	“	9
4.2.4.1 La burocracia	“	9
4.2.4.2 Patología crónica	“	9
4.2.5 Criterios de coste efectividad en la asignación de tareas	“	9
4.2.5.1 Evitar los cuellos de botella	“	9
4.2.6 Las agendas de calidad	“	10
4.2.7 Sustituciones por ausencia	“	10
4.2.8 La atención continuada y las emergencias	“	10
4.2.8.1 La urgencia asistencial	“	10
4.2.8.2 La atención continuada	“	11
4.2.9 La atmósfera de equipo	“	11
4.3 Recursos	“	11
4.3.1 Recursos materiales	“	12
4.3.1.1 Espacio físico	“	12
4.3.1.2 Equipamiento	“	12
4.3.1.3 Informatización	“	12
4.3.1.3.1 Confidencialidad en la información	“	12
4.3.2 Amplio acceso a las pruebas diagnósticas	“	12
4.3.3 Recursos humanos	“	13
4.3.3.1 Personal auxiliar	“	13
4.3.3.2 Adecuación de los cupos médicos	“	13
4.4 Reconocimiento profesional	“	13
4.4.1 Retribución económica	“	13
4.4.2 Incentivación por objetivos	“	14
4.4.3 Carrera profesional	“	14
4.4.4 Investigación	“	14
4.4.5 Interinidad, precariedad, otras situaciones laborales	“	15
4.4.6 Movilidad geográfica	“	15
4.5 Protección de la salud laboral y seguridad en el trabajo	“	16
4.5.1 Prevención del síndrome del quemado (“burnout”)	“	16
4.5.2 Control del acoso moral laboral (“mobbing”) institucional	“	17
4.5.3 Seguridad en el trabajo	“	17
4.5.4 Responsabilidad ética	“	18
5 Conclusiones	“	18
6 Bibliografía	“	20

## **1. INTRODUCCIÓN**

Los médicos de Atención Primaria( médicos de familia y pediatras), en España, no podemos garantizar una atención suficiente y de calidad a la población si no disponemos de unas condiciones mínimas para el ejercicio profesional.

La sociedad española necesita una Atención Primaria bien desarrollada y con gran capacidad de resolución, porque cuando la asistencia primaria ofrece servicios suficientes y de calidad se consiguen mejores niveles de salud y mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios, y menores costes del conjunto de los servicios (1-5).

La Atención Primaria española tuvo un fuerte desarrollo en la década de los ochenta, contribuyendo en gran medida a mejorar los niveles de equidad en el reparto de los recursos sanitarios, porque el aumento del número de centros de salud y la facilidad de acceso al médico permitió a las personas de menor renta y nivel de información compensar el infraconsumo de otros servicios (6). Sin embargo, en los últimos años, la Atención Primaria se ha estancado o ha empeorado, las inversiones han disminuido y no se han corregido las deficiencias que padecen la mayor parte de los centros.

El envejecimiento de la población, el diagnóstico más precoz de la patología crónica, el empuje de nuevas tecnologías, que hace que la población tenga mayores expectativas en salud y calidad de vida; la inmigración, el incremento de personas protegidas, la cantidad y variedad de problemas sociales que llegan cada vez más a Atención Primaria, con el riesgo de medicalización creciente de dichos problemas; el crecimiento de la burocracia, la implantación de sistemas informáticos con objetivos puramente administrativos, las limitaciones en la petición de pruebas diagnósticas o la descoordinación con el nivel especializado, están masificando las consultas. En algunas áreas de salud la demanda de asistencia creció el 27 % entre 1994 y 1999, pero el número de profesionales no se ha ajustado a esas necesidades (7,8).

Como consecuencia de la elevada presión asistencial que padecen los médicos, la mayor parte del tiempo lo destinan a consultas a demanda, en detrimento de la actividad programada, de la atención domiciliaria y de las actividades no asistenciales. La masificación, la falta de tiempo o las trabas para solicitar pruebas diagnósticas impiden resolver adecuadamente una consulta. Como consecuencia, el ciudadano se siente insatisfecho, por la impersonalidad y el burocratismo en la provisión del servicio, y el médico se desmoraliza, porque ve disminuir la calidad y la capacidad resolutoria de sus acciones.

El médico de Atención Primaria es accesible, ofrece cuidados personalizados de forma continuada y a lo largo de la vida del paciente (longitudinalidad), es la puerta de entrada en el sistema sanitario y maneja hábilmente la incertidumbre en el proceso asistencial. Toma muchas decisiones trascendentales en poco tiempo y es capaz de resolver más del 90 % de las visitas atendidas (9). Pero, en un entorno laboral tan saturado y absorbente, la incertidumbre no debe crecer de forma ilimitada, porque el médico perderá capacidad para discriminar la gravedad del proceso, el paciente no recibirá el tratamiento que precisa, los errores aparecerán en los momentos más

insospechados e inoportunos con consecuencias imprevisibles y eventualmente graves, y el médico se sentirá profundamente insatisfecho. Lo que es peor, dejará de ser un médico bueno, porque no hará por sus pacientes lo que estos esperan, y dejará de ser un buen médico, un médico competente, porque no hará por sus pacientes lo que estos justamente necesitan (10).

Entonces:

**¿Cuáles son las condiciones necesarias para que el médico de Atención Primaria pueda ofrecer una asistencia suficiente y de calidad?.**

## **2. OBJETIVOS DEL DOCUMENTO**

Con este documento se pretende dar argumentos a favor de las condiciones básicas de trabajo que debe reunir el ejercicio de los médicos de Atención Primaria de salud, condiciones generalizables a todo el territorio nacional, en un intento de que se garantice la efectividad de este nivel asistencial, para mejorar todo el sistema sanitario público, ya que, al ser la puerta de entrada del ciudadano a la sanidad, si este primer nivel asistencial no funciona bien, se deteriora el funcionamiento de todo el sistema sanitario.

Si estas condiciones básicas se consiguen, se alcanzará el verdadero potencial de la Atención Primaria, mejorando su capacidad resolutive para lograr buenos resultados en salud, eficiencia en el uso de los recursos y satisfacción de todas las partes implicadas: ciudadanos, profesionales y administración. Se trata, en definitiva, de conseguir una adecuada calidad asistencial y dignidad profesional, sabiendo que la satisfacción de los ciudadanos está en estrecha relación con la de los profesionales, y que no se puede lograr una adecuada calidad asistencial si no hay paralelamente un trato digno a los profesionales, tanto por parte de la administración como de los usuarios del sistema (11).

Esperamos un cambio de actitud por parte de los gestores sanitarios, que facilite un diálogo bidireccional fluido y de mutua confianza y respeto con los profesionales, y que favorezca la motivación, los criterios de calidad asistencial y los valores humanos, y que no se limite a primar objetivos economicistas y a corto plazo (12,13).

## **3. ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA VS. EN EUROPA**

Un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (año 2000) sobre los sistemas sanitarios públicos europeos dice lo siguiente (14):

- España es el país europeo en el que el médico de Atención Primaria visita más pacientes por semana, superior en un 40 % a la media europea
- Es el país en el que los médicos de Atención Primaria menos tiempo dedican a sus pacientes por visita

- A pesar de todo ello, en España la Atención Primaria presenta buenos resultados en cuanto a accesibilidad, resolución y continuidad en los cuidados, posiblemente por una alta profesionalidad de sus médicos
- Globalmente, el porcentaje del PIB dedicado a la salud ha bajado. En 1993 era del 7.6 % y en 1998 del 7.1 %, lo que nos sitúa en el 7º peor lugar entre los 29 países europeos.

Esta precariedad en los presupuestos sanitarios en España es más manifiesta en Atención Primaria, que de representar el 40.7 % del gasto sanitario en 1982 baja a 32.8 % en 1991 (incluido el gasto farmacéutico directo e inducido). Esta tendencia ha continuado en los últimos años a pesar de que, en este periodo, la población a atender pasa de 32 a 39 millones (15).

Además, en España el porcentaje de médicos de Atención Primaria con respecto al total de médicos en ejercicio es del 35 %, cuando en muchos países desarrollados se acerca al 50 %, como es deseable (4).

## **4. ÁREAS QUE ANALIZA EL DOCUMENTO**

Aunque los problemas de la Atención Primaria se pueden abordar desde múltiples puntos de vista, en este documento nos referiremos a los aspectos relativos a la **formación, la organización, los recursos, el reconocimiento profesional y la protección de la salud laboral y la seguridad en el trabajo.**

### **4.1 FORMACIÓN**

De una buena formación se derivará un aumento de la motivación y satisfacción del profesional: La motivación intrínseca (realizar bien el trabajo) es la que más motiva al profesional (16).

La formación aumenta la competencia, con lo que mejora la capacidad resolutoria, y el paciente se siente más satisfecho porque se le resuelven más y mejor sus problemas, aumentando la eficiencia del sistema, pues a mayor competencia mejor uso de los recursos disponibles.

La formación es un tema clave que hay que facilitar:

- **Disponiendo dentro de la jornada laboral de espacio y tiempo para la formación**
- Procurando días de formación libres de asistencia para congresos, cursos, etc
- Utilizando protocolos y guías clínicas de la patología prevalente, prácticas, de fácil manejo, adaptables a las circunstancias reales y actualizadas periódicamente
- Estableciendo dentro de la jornada laboral espacios para la relación con los especialistas, protocolos de colaboración y formación.
- Se deberían potenciar programas permanentes de formación continuada, para la mejora de la competencia profesional, pero tratando de compatibilizar los objetivos institucionales con las demandas formativas de los profesionales, y éstas con las necesidades en salud de la población. Será útil una Comisión de Formación, donde aparte de la Administración participen las sociedades científicas y las organizaciones médicas

La formación del profesional revierte directamente en beneficio de la institución y de los pacientes, por tanto no se debe castigar a los facultativos con un aumento de su horario laboral o un aumento de la carga asistencial para el resto de los compañeros, por eso es preciso establecer una bolsa de suplencias para formación.

Actualmente el sistema está primando actitudes rígidas y deshumanizadas que incluso se están trasladando a los médicos en formación (MIR), por eso la **formación en actitudes** es tan necesaria como la formación en aptitudes. La competencia técnica, la formación basada en los conocimientos más actuales y científicamente probados (“medicina basada en la evidencia”) no debe estar reñida con el desarrollo de destrezas en el acercamiento al paciente.

#### **4.1.1 Relaciones con la Universidad**

Todos los estudiantes de pregrado deberían participar, de manera directa o indirecta, en las labores asistenciales de la Atención Primaria, por lo tanto, en esta fase de la formación, los Centros de Salud deben ser objeto de un proceso reglado de acreditación para la docencia, vinculándose formalmente con las Universidades, participando en la formación de la práctica clínica de los estudiantes, y facilitándoles los conocimientos sobre habilidades y necesidades de la Atención Primaria .

Después, en su formación especializada, también los residentes de especialidades distintas a medicina de familia, que tendrán una formación preferentemente hospitalaria, deberían conocer el funcionamiento de la Atención Primaria, para promover una buena relación entre especializada y primaria que, por desconocimiento o ignorancia del sistema, no se facilita tampoco desde los periodos de pregrado.

### **4.2 ORGANIZACIÓN**

Los aspectos que se consideran en este apartado son:

- Rendimiento laboral
- Espacios para tareas no asistenciales
- Tiempo medio por visita
- Gestión del tiempo
- Criterios de coste/ efectividad en la asignación de tareas
- La agenda de calidad
- Sustituciones por ausencia
- La atención continuada y las emergencias
- La atmósfera de equipo.

#### **4.2.1 Rendimiento laboral**

Nos vamos a referir a:

- Curva de rendimiento laboral
- Inversión emocional
- Modelo intuitivo analítico.

#### **4.2.1.1 Curva de rendimiento laboral**

Nuestras capacidades físicas y psíquicas son limitadas, y el tiempo no puede estirarse a nuestro gusto. En ese tiempo debe haber lugar para el trabajo y para el descanso. Después de un esfuerzo necesitamos un periodo de recuperación que, si no lo tenemos, tarde o temprano nos pasará factura. Además del trabajo hay otras áreas importantes que cuidar, como la familia, los amigos, las aficiones,..., no sólo porque en sí mismas son importantes, sino porque, para ser un profesional equilibrado, maduro y competente es necesario preservarlas.

Todo esto es fundamental conocerlo para que juegue a nuestro favor. ¿Cómo se puede obtener el mejor rendimiento del profesional y a la vez preservar su salud física y mental?. El rendimiento laboral durante una jornada completa evoluciona de la siguiente manera:

- La primera hora laboral es de escaso rendimiento
- Las dos o tres horas siguientes son de un alto rendimiento, el mayor de la jornada
- Después baja el rendimiento bruscamente (hace falta un descanso)
- Luego se suceden una o dos horas de un rendimiento medio
- La última hora de la mañana es de escaso rendimiento
- Si se realiza jornada partida, después de comer hay una hora de bajo rendimiento y luego de hora y media a dos horas de un rendimiento medio (casi siempre inferior a la mañana).

#### **4.2.1.2 La inversión emocional**

Cuando un profesional está cansado, lo que antes hacía con agrado ahora se vuelve desagradable (inversión emocional); instintivamente tiende a reducir energía tomando la decisión que le ahorra energía, no la mejor ni la más eficiente, saltándose datos clave, que si estuviera más descansado tendría en cuenta, lo que multiplica la posibilidad de error, con las trágicas consecuencias que tiene para todos (16). Esto se puede y se debe prevenir.

#### **4.2.1.3 El modelo intuitivo-analítico en la toma de decisiones**

Cuando tenemos un primer contacto con un paciente realizamos una hipótesis temprana que contrastamos con nuestras experiencias previas, y posteriormente hacemos un reencuadre de la situación. En el transcurso de la entrevista pueden surgir datos clave que pueden hacer cambiar el encuadre, esto requiere un nuevo replanteamiento y reabrir el caso con el consiguiente consumo de energía (16).

Dependiendo de nuestra práctica y cansancio podemos tener un “gatillo de resolución” rápido que conlleva numerosos errores, que es independiente de nuestra competencia. Contener el “gatillo de resolución” y valorar los datos claves que aparecen es un problema de hábito y de nivel de cansancio. Si estamos acostumbrados a trabajar con prisas y cansancio, nuestro “gatillo de resolución” será rápido y las posibilidades de error clínico muy altas.



#### 4.2.2 Espacios para tareas no asistenciales

Es imprescindible disponer dentro de la jornada laboral de tiempo para tareas no puramente asistenciales, precisamente para realizar mejor la asistencia. Trabajamos en equipo y necesitamos espacios para reuniones organizativas. Para la propia organización individual del médico es fundamental una buena atmósfera de equipo, por lo que es importante tener espacios formales e informales de contacto, espacios para la coordinación con otros niveles asistenciales y para la formación, docencia e investigación (17).

Del conocimiento de las curvas de rendimiento e inversión emocional y de la necesidad de establecer espacios para tareas no asistenciales surge la conveniencia de distribuir la jornada laboral en:

- Alrededor de un **35% de la jornada para tareas no asistenciales**, es decir entre dos y media y tres horas en una jornada ordinaria de 7 horas
- Alrededor del **65% para la asistencia directa**, es decir entre cuatro y cuatro y media horas, incluyendo consulta de demanda, consulta programada y visita domiciliaria, en una jornada ordinaria de 7 horas.

#### 4.2.3 Tiempo mínimo por visita

La falta de tiempo es uno de los factores que más influyen en el síndrome del quemado (burnout), según diferentes trabajos. Si no dispone de tiempo suficiente, el profesional tiene que trabajar en permanente agobio asistencial y frustración profesional, por no poder hacer bien su trabajo. La comunicación médico-paciente se deteriora (18,19), se dejan de realizar actividades preventivas (20) y de abordar los aspectos psicosociales de la enfermedad (21); se manejan mal los pacientes complejos (22), generando frecuentación innecesaria; se deriva al paciente al especialista por cuestiones que con un poco más de tiempo se podrían resolver en el primer nivel asistencial (23) y aumenta mucho el riesgo de cometer errores clínicos.

La bibliografía internacional nos dice que al menos hay que dedicar **10 minutos de media por visita**, que 7 minutos son escasos y que lo que baje de 5 minutos es claramente insuficiente (24- 28).

#### 4.2.4 Gestión del tiempo

A realizar un análisis del tipo de visitas que existen en la mayoría de los centros de salud, observamos que el 40% de la demanda se dedica a la burocracia, otro 40% a la patología crónica y solo queda un 20% de la demanda para nuevos problemas y nuevos pacientes (29). Mejorar la distribución del tiempo en Atención Primaria pasa por:

- **Desburocratizar la consulta médica**
- Racionalizar los protocolos de la patología crónica
- Adecuar el trabajo del resto del personal de los equipos de Atención Primaria
- La educación sanitaria y el fomento de la autonomía del paciente
- El manejo de los pacientes hiperfrecuentadores (30).

#### **4.2.4.1 La burocracia**

Tenemos la imperiosa necesidad de eliminar papeles superfluos de la consulta con sistemas informáticos más modernos y ágiles, adecuando las normativas existentes, recolocando la burocracia en los niveles y estamentos que proceda, evitando también la burocracia inducida desde la especializada, de tal forma que las visitas burocráticas se reduzcan a tan sólo un 10% (29,30).

#### **4.2.4.2 Patología crónica**

Uno de los errores que estamos cometiendo en Atención Primaria es la excesiva “protocolitis”, secuestrando e infantilizando a numerosos pacientes. Es necesario flexibilizar más los protocolos y dotar de mayor autonomía al paciente crónico, con una adecuada educación sanitaria, de tal forma que se reduzca la demanda del médico dedicada a la patología crónica.

Si se consigue reducir el porcentaje de demanda dedicada a la burocracia a un 10% y a los pacientes crónicos a un 20%, nos quedaría un 70% de la demanda disponible para nuevos pacientes y nuevos problemas, aumentando mucho nuestra accesibilidad y capacidad resolutive.

La medida de disponer de más tiempo por visita produce un cambio a una actitud proactiva de resolver el problema del paciente “aquí y ahora”, aumentando la satisfacción del mismo y evitando frecuentaciones innecesarias. Esto es especialmente útil en el paciente hiperfrecuentador, ya que al plantear con más tiempo sus complejos problemas, se consigue racionalizar más sus visitas.

#### **4.2.5 Criterio de coste efectividad en la asignación de las tareas**

La actividad la debe realizar aquel estamento o nivel asistencial que mejor relación calidad-coste y accesibilidad a la población tenga, es decir, las tareas que pueda hacer otro personal del centro que no las haga el médico. También habrá actividades que será mejor que las haga el médico en Atención Primaria que en especializada, y viceversa (29).

##### **4.2.5.1 Evitar los cuellos de botella**

Para ello se precisa repartir las cargas de trabajo, evitando las desigualdades entre categorías profesionales y entre individuos de la misma categoría, por eso es conveniente dotar de suficiente personal a todos los estamentos, para permitir una distribución de tareas según el criterio coste efectividad mencionado anteriormente (29).

#### **4.2.6 Las agendas de calidad**

No saber qué carga asistencial se va a tener en el día, aparte de crear un importante grado de ansiedad en el profesional, resulta bastante ineficiente, ya que se adoptan posturas de supervivencia con hábitos que se asocian a la peor situación que esperamos se pueda dar.

Sabiendo que el 50% de la asistencia es programable, el 35% es demorable y sólo un 15% de la asistencia es necesario verla en el mismo día de cita (31), se puede

dejar en la agenda asistencial una reserva del 15% para lo indemorable y conocer con antelación y bastante aproximación la carga asistencial del día, reduciendo la incertidumbre y mejorando el rendimiento.

#### **4.2.7 Sustituciones por ausencia**

Las sustituciones por ausencia de un médico por diferentes motivos, como vacaciones, días de formación, asuntos familiares, etc., deben garantizar la calidad asistencial de los pacientes del médico ausente y de los pacientes de los médicos que permanecen en servicio. Por lo que, como norma general, **la sustitución tiene que realizarse al 100%**.

En situación de ausencia de un facultativo, éste debe sustituirse siempre, salvo incidencias imprevistas, en cuyo caso debe anularse la atención que no revista carácter preferente (que no puede posponerse para el siguiente día). La razón de que sea ineludible la obligación de sustituir radica en que la actuación facultativa es nominal y guarda correspondencia con un cupo de pacientes de cuya atención es responsable, que le ha elegido en función del Real Decreto de libre elección de médico y por el que se le remunera; el tamaño de los cupos está en función de los criterios que la administración ha considerado determinantes para establecerlos, por lo que supone un perjuicio a los usuarios que el tamaño de estos cupos se vea alterado bruscamente porque no se proceda a la suplencia de los médicos ausentes. En el caso de que fuera imposible encontrar un profesional que pudiera hacerse cargo de un cupo por inexistencia de efectivos en bolsa de trabajo, debe procederse a ofertar la cobertura del turno de trabajo a profesionales de un turno diferente y solamente en último caso admitir que recaiga sobre los del mismo turno. En cualquiera de estas circunstancias, el profesional que se hace cargo debe percibir la remuneración íntegra que corresponde al trabajo cubierto y valorarse el exceso de jornada en su caso.

#### **4.2.8 La atención continuada y las emergencias**

##### **4.2.8.1 La urgencia asistencial**

La urgencia asistencial supone una situación que requiere buenas condiciones de organización, recursos, formación y un profesional mínimamente descansado. Situaciones de cansancio, falta de medios y de formación, desorganización, suponen grave riesgo para el paciente e importante grado de estrés para el profesional, por tanto en la atención de la emergencia es imperativo que haya:

- Una buena organización, para que el profesional evite en lo posible tener que hacer dos cosas al mismo tiempo, como salir de la consulta para atender una urgencia y dejar a los pacientes que están esperando
- Una buena coordinación entre el centro de salud, el servicio de emergencia, de transporte y el hospital
- Una formación continuada que garantice una buena asistencia
- Recursos necesarios, desde instrumental adecuado a transporte rápido y en condiciones.

La alternativa para zonas básicas con fuerte presión asistencial (que cifraríamos en una disponibilidad de tiempo por debajo de una media de 10 minutos por paciente) es enfocar los dos tipos de atención que se solicitan, con y sin cita previa, separadamente. Por tanto, cada cupo contará con el médico correspondiente

para el desarrollo del trabajo previsible y, además, deberá existir siempre un médico libre dispuesto para la urgencia en el centro, lo que supone la asignación de un profesional para tal fin. La urgencia a domicilio debe ser satisfecha siempre por el servicio específico de urgencia, con preparación y dotación de recursos humanos, materiales y equipamiento que hacen posible una actuación efectiva; en ningún caso debe dejarse en manos del médico de "a pié", que emplea mayor tiempo en el desplazamiento, acude sólo al domicilio y no dispone de dotación para una actuación de urgencia vital, por lo que no puede garantizarle al usuario una asistencia competente en tiempo y forma, lo que supone un fraude de expectativa. En la misma dimensión se sitúa la atención a los accidentados en la vía pública o en carretera; la atención debe ser asumida por un equipo de urgencia - emergencia formado y dotado a tal fin. Hay que tener presente que la situación de urgencia reviste gran trascendencia para el paciente y sus familiares y representa un verdadero test para la valoración que el usuario hace del sistema público de asistencia, a través de la imagen que capta de él en estos momentos de gran tensión emocional.

#### **4.2.8.2 La atención continuada**

La atención continuada tiene que garantizar lo anterior, respetando los periodos adecuados de descanso del profesional, como es la libranza al día siguiente tras realizar un turno de noche.

En terminología laboral, recibe la denominación de guardia, atención continuada, "estar de servicio" u otras, todo requerimiento a un trabajador por parte de la empresa para desarrollar un trabajo o estar a disposición de la misma para el caso de que exista esa necesidad; supone tiempo efectivo de trabajo y como tal debe ser considerado y remunerado. Si el tiempo de dedicación sobrepasa la jornada ordinaria pactada, el exceso de jornada recibe el nombre de horas extraordinarias y como tal deben considerarse, puesto que suponen un esfuerzo y una sobrecarga. El límite de este exceso de jornada viene determinado por la Directiva sobre ordenación de tiempo de trabajo 93/104/CE, que establece un máximo semanal de 48 horas como media en un período de referencia de 4 meses.

La exigencia por parte de la empresa de que un trabajador sobrepase la jornada ordinaria no está justificada en ningún caso, puesto que el servicio debe garantizarse con los recursos que se tienen. Por lo tanto, el exceso de jornada siempre debe ser aceptado voluntariamente y dentro de los límites que la normativa establece por razones de salud laboral. En cuanto a la remuneración, lógicamente siempre debe estar por encima de la que se percibe por la jornada ordinaria y debe ser pactada entre empresa y trabajadores.

Otros aspectos que deberá contemplar la organización laboral son la aplicación de la jornada de 35 horas, garantizando, en ese tiempo, un descanso ininterrumpido de 36 horas, el descanso diario semanal y después del trabajo nocturno, que también contempla la citada directiva, así como la integración del personal de refuerzo, nombrado expresamente para la cobertura del servicio de atención continuada, en las plantillas de los centros de salud.

#### **4.2.9 La atmósfera del equipo**

El buen clima laboral es fundamental para el buen rendimiento del conjunto (29). Esto se puede conseguir mediante:

- El aumento de la autonomía en la organización
- El fomento de un buen liderazgo, reconocido por todos
- El planteamiento de objetivos comunes
- La clarificación de funciones
- La distribución equilibrada de las cargas laborales
- El ajuste de las personalidades, facilitando fórmulas ágiles de traslados de los profesionales entre los centros
- El reconocimiento de los méritos profesionales y académicos.

### 4.3 RECURSOS

Nos vamos a referir a:

- Recursos materiales
- Amplio acceso a las pruebas complementarias
- Recursos humanos.

#### 4.3.1 Recursos materiales

En este apartado nos referiremos al espacio físico, el equipamiento y la informatización.

##### 4.3.1.1 Espacio físico

Se debería disponer de un espacio físico suficiente y adaptado a las necesidades y organización del equipo.

##### 4.3.1.2 Equipamiento

Se debería disponer del necesario instrumental para las actividades y objetivos del equipo.

##### 4.3.1.3 Informatización

Es fundamental **disponer de buenos sistemas informáticos** que minimicen la burocracia y faciliten labores de evaluación, la realización de actividades de mejora de calidad asistencial y la investigación. La Atención Primaria es un punto privilegiado de recogida de información sociosanitaria, por ello debe disponer de un Sistema de Información Sanitaria (SIS) normalizado y homogéneo, que contemple lo que se ha venido en llamar Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), que responda a sus necesidades y al que debe incorporarse una Historia Electrónica de Salud (HES).

La HES facilita, en los puntos de toma de decisión, la mejor aplicación de la información sanitaria, del conocimiento médico y de la distribución de los recursos sanitarios en la disminución de problemas sanitarios mediante sistemas de alarma y vigilancia. Presta ayudas tanto a la toma de decisiones clínicas, como a la gestión, evaluación de los servicios sanitarios, garantías de buena práctica y requerimientos legales. La HES es una verdadera herramienta de progreso que permite estandarizar y normalizar comportamientos, identificar

oportunidades de mejora mediante la autoevaluación continuada de los servicios. Introduce en los mismos la gestión de lo esencial, tanto en eficacia y efectividad, como en eficiencia y establecimiento de costes.

Para poder realizar un enfoque de calidad, incorporando un modelo de gestión de calidad total, es preciso un sistema de información capaz de adquirir y procesar toda la información sobre la prescripción farmacéutica y los procesos y pacientes atendidos por el profesional. Todo proceso de toma de decisiones que pretenda racionalizar la gestión y uso de los recursos requiere de la disponibilidad de un sistema de información integrado, integral, coherente, veraz y útil para todos los agentes que intervienen en la obtención, manejo y explotación de la información ( 32 – 36).

#### **4.3.1.3.1 Confidencialidad de la información en Atención Primaria**

Un problema que se puede dar con la informatización de las historias clínicas y la centralización de sus datos por parte de la institución, es que se pueda perder la intimidad del paciente, con todos los inconvenientes que a éste le pueda acarrear. Hay que establecer medidas técnicas y organizativas para que el tratamiento de los datos sanitarios, informáticos o manuales, permita al profesional mantener su secreto profesional y al paciente su **derecho a la intimidad y confidencialidad**.

#### **4.3.2 Amplio acceso a las pruebas complementarias**

Es clave que la Atención Primaria sea resolutive y para ello, además de una buena formación y unas condiciones laborales que permitan disponer de tiempo suficiente para hacer bien la tarea, es necesario que el médico de atención primaria tenga libre acceso a la tecnología y pueda **solicitar las pruebas complementarias que necesite y que justifique adecuadamente**, de forma ágil y rápida, que recibirá debidamente informadas para favorecer una segunda opinión y mejorar la capacidad para solucionar los problemas del paciente (37).

#### **4.3.3 Recursos humanos**

Haremos referencia al personal auxiliar y a la adecuación del tamaño de los cupos médicos.

##### **4.3.3.1 Personal auxiliar**

El médico de Atención Primaria dedica parte de su actividad a labores que podría desarrollar personal auxiliar, especialmente en los aspectos burocráticos. Para aumentar la capacidad resolutive del médico es necesario dotar a los centros de suficiente personal auxiliar.

Por otro lado, para evitar seguir soportando tal exceso de carga burocrática, resulta inaplazable **separar claramente la prescripción de la prestación/dispensación**.

### **4.3.3.2 Adecuación del tamaño de los cupos médicos**

Para que el médico de atención primaria sea resolutivo tiene que tener un tamaño del cupo de pacientes adecuado para poder realizar todas las actividades necesarias y para no perder competencia (38).

Es bien sabido que un 20% de la población genera el 80% de la demanda, por lo que, si esta población está mal repartida (lo que suele generarse con los cambios de médico), el trabajo será muy desigual aunque el número de pacientes asignado sea muy similar.

Una información importante para planificar el número de médicos en una zona y repartir de forma equitativa las cargas laborales es distribuir el número de pacientes en función de las zonas (estatus socioeconómico, dispersión geográfica, grado de inmigración, grado de envejecimiento, etc.), y especialmente según la tipología de los pacientes, o clasificaciones de pacientes según un consumo previsible de recursos (los llamados "casemix"), lo cual depende de factores como la edad, el sexo, el número de patologías y su grado, la marginalidad, etc.

Esto se podría conseguir con un buen sistema de información.

La carga asistencial que supone una persona mayor de 64 años con respecto a una persona más joven, es de casi cuatro veces, consulta el doble y consume el doble de tiempo (39). La población socioeconómicamente muy desfavorecida genera también un mayor número de visitas que una población mas favorecida (40). La dispersión geográfica y el grado de inmigración de la zona son también factores a tener en cuenta a la hora de planificar el tamaño de los cupos médicos.

## **4.4 RECONOCIMIENTO PROFESIONAL**

En este apartado analizaremos los siguientes epígrafes:

- Retribución económica
- Incentivación por objetivos
- Carrera profesional
- Investigación y desarrollo
- Interinidad y precariedad laboral
- Movilidad geográfica.

### **4.4.1 Retribución económica**

Somos los médicos peor retribuidos de Europa (14). Estamos perdiendo poder adquisitivo mediante incrementos salariales por debajo del IPC, además, se producen en nuestro país diferencias sustanciales entre diferentes autonomías, lo que supone agravios comparativos a igual capacitación y trabajo.

Se hace necesario recuperar el poder adquisitivo perdido, una equiparación económica entre las diferentes autonomías y una aproximación retributiva a los países de nuestro entorno según nuestro PIB.

Es conveniente una revisión de los conceptos retributivos del médico (sueldo base, complemento de destino, antigüedad, complemento específico, retribución

variable) que han quedado obsoletos en cantidad y en cualidad, actualizando y unificando los criterios que eviten agravios comparativos.

#### 4.4.2 Incentivación por objetivos

Parece razonable que se intente motivar la productividad del profesional mediante diferentes incentivos (41). Pero se ha hecho demasiado hincapié en la incentivación por el ahorro económico, llegando a situaciones que rayan lo no ético. Los mecanismos de incentivación deben acordarse con la participación de los profesionales, teniendo en cuenta las particularidades de cada centro, **considerando los resultados en salud**, y no sólo criterios de cumplimiento del proceso o de ahorro alcanzado.

#### 4.4.3 Carrera profesional

El médico de atención primaria no tiene promoción profesional desde que se incorpora al sistema hasta que se jubila. Se hace necesario un sistema de carrera profesional que armonice el tiempo de ejercicio, los méritos profesionales adquiridos y el trabajo realizado, para ello podríamos considerar varias premisas:

- Separar la carrera asistencial de la gestión administrativa
- No establecer compartimentos estancos para el ascenso
- La obligatoriedad de realizar procesos de acreditación para configurar el ascenso entre niveles.

La **carrera profesional debe ser considerada como un aliciente para el ejercicio** clínico y, de una manera objetiva, valorará la aportación del facultativo, tanto por su experiencia como por sus méritos profesionales, teniendo todo esto una repercusión en la retribución y las condiciones laborales y favoreciendo la estabilidad en el sistema.

La evaluación de los méritos y trayectorias profesionales deberá alcanzar el mayor nivel de consenso profesional posible, y ser válido para todo el territorio del Sistema Nacional de Salud. Los tramos o niveles se establecerían con un periodo concreto de permanencia (5-6 años)

Aunque el nivel profesional no va relacionado con nuevas funciones asistenciales, sí se podría exigir un cierto nivel para una determinada responsabilidad.

La carrera profesional no debería plantear en ningún momento agravios comparativos entre los profesionales

Cada nivel asistencial conseguido por: tiempo trabajado, currículum, y resultados, conllevará una diferente retribución, carga asistencial y distintos grados de actividad en aspectos docentes e investigadores.

#### 4.4.4 Investigación

En España, la medicina de familia es una de las pocas especialidades médicas que no tiene asignatura propia en la licenciatura, ni departamento en la universidad, circunstancias éstas que, de subsanarse, podrían ejercer un importante estímulo de la



investigación: señalando ideas y líneas de investigación prioritarias, promoviendo formación en metodología científica, favoreciendo la obtención de fondos y, en general, animando el debate social y profesional en torno a la medicina de atención primaria.

Se han señalado otras limitaciones, características, temas prioritarios y propuestas de mejora de la investigación en Atención Primaria (42-48), de éstas queremos destacar que necesitamos **destinar personal, dinero y tiempo**, mediante fórmulas de contratación y de relación laboral flexibles, que permitan la dedicación a la investigación siquiera a tiempo parcial, para que el desarrollo de proyectos no se base solamente en el voluntarismo.

Otro aspecto a destacar es la consideración que la investigación debe tener en la carrera profesional. En un estudio Delphi sobre atención primaria realizado en España, el 91 % de los participantes se muestran de acuerdo en considerar la investigación y la docencia en la valoración de méritos para la provisión de plazas (49).

Las **propuestas** que podrían servir de aliciente a los médicos de atención primaria para desarrollar tareas de investigación serían:

1. Creación de departamentos universitarios de atención primaria
2. Docencia en metodología de la investigación en pregrado y/o MIR, de duración cuatrimestral, integrando epidemiología, estadística e informática
3. Reconocimiento del tiempo dedicado a investigación como tiempo laboral, en proyectos apoyados y/o financiados externamente
4. Establecimiento de líneas de financiación específicas para problemas de salud prioritarios en atención primaria, procedentes de los Servicios de Salud Autonómicos, de las Consejerías, de las Agencias de Financiación Públicas, y de los Colegios y Sociedades Profesionales
5. Mejorar la valoración curricular de las actividades de investigación, especialmente publicaciones y desarrollo de patentes
6. Promover estructuras de apoyo a la investigación en las áreas de salud, tanto a los aspectos metodológicos como a la gestión eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a investigar.

#### **4.4.5 Interinidad, precariedad y otras situaciones laborales**

En el Sistema Nacional de Salud la mayoría de los médicos de Atención Primaria pertenecen al régimen funcionarial o al estatutario. Como la estabilidad en el empleo se ha producido tradicionalmente por concurso-oposición, casi nunca convocado con regularidad, se han generado muchas interinidades; los concursos de traslado se retrasan sin fecha y las convocatorias de selección de plazas se impugnan, la inestabilidad en el empleo es la norma en muchos equipos de Atención Primaria.

Fuera de plantilla se encuentran los médicos de refuerzo, para los cuales la precariedad laboral es todavía más acuciante.

Los casos de precariedad laboral son éticamente denunciables. Es deseable evitar al máximo la temporalidad y los llamados “contratos basura” ( precariedad). Se hace necesario realizar concursos-oposición periódicos y frecuentes que minimicen el

grado de interinidad, porque la estabilidad en el empleo es una premisa para la motivación profesional y para el buen funcionamiento de los centros.

La apuesta por un nuevo modelo organizativo para la Atención Primaria, basado en la configuración de equipos formados por profesionales de distintas categorías, con dedicación horaria a tiempo completo y con ámbito de actuación en zonas básicas de salud, está claramente asentada en la mayoría de las comunidades del estado Español. La reminiscencia de plazas del antiguo modelo, con una dedicación horaria menor y declaradas a extinguir, obliga a revisar que no persista ninguna vacante ocupada por interino, y a que se oferte la posibilidad de integración en forma permanente a dicho personal, a fin de uniformizar el servicio que se ofrece a la población.

#### **4.4.6 Movilidad geográfica**

Es una necesidad sentida por el personal de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud la posibilidad de trasladarse en el Estado Español de una Comunidad Autónoma a otra, y también dentro de las demarcaciones locales, sin que ello represente merma de derechos adquiridos, es decir, que la movilidad geográfica se constituya en un derecho y se articule mediante la coordinación de las oportunas convocatorias entre comunidades. A tal fin, tanto la Ley de Cohesión y Calidad como el Estatuto Marco deben contemplar este objetivo primordial como un principio de cohesión del sistema y de satisfacción del personal.

### **4.5 PROTECCIÓN DE LA SALUD LABORAL Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO**

Nos referiremos en este apartado a:

- Prevención del síndrome del quemado (“burnout”)
- Control del acoso moral laboral (“mobbing”) institucional
- Seguridad en el trabajo
- Responsabilidad ética.

#### **4.5.1 Prevención del síndrome del quemado**

Del análisis de diferentes trabajos realizados sobre la prevalencia del síndrome del quemado entre los médicos de Atención Primaria españoles (50,51) se puede decir, de forma muy esquemática, lo siguiente:

- Un 60% de los médicos, en algún momento de su vida laboral, han puntuado alto en alguna de las escalas del denominado síndrome del quemado
- Un 45% de los médicos, si pudieran, abandonarían la profesión
- Entre un 15 y un 30% de los médicos tienen claros síntomas de síndrome del quemado
- En un 5% el síndrome es irreversible.

Dada la extensión del problema y las consecuencias que el síndrome tiene, no sólo para el profesional y su familia sino también para los pacientes y la propia institución, es fundamental adoptar una serie de medidas que prevengan su aparición.

En un reciente trabajo (52) se comenta lo siguiente: Actualmente el medio laboral es frío y hostil, primando lo económico sobre lo humano, provocando en el profesional:

- Importante sobrecarga laboral
- Trabajo de escasa calidad y poca significación
- Alto grado de control y rigidez burocrática
- Escasa recompensa
- Poca promoción profesional
- Intenso choque de valores entre lo humano y lo económico.

Lo que nos mueve como seres humanos, lo que nos inspira a trabajar bien, se ignora, esto lleva a un agotamiento físico, psíquico y emocional. “El trabajo te demanda más de lo que puedes dar y te proporciona menos de los que necesitas”. Se produce un importante desajuste trabajo/ persona.

El síndrome del quemado es un problema del entorno laboral, de la organización, que se manifiesta y afecta a los individuos, siendo un grave error culpabilizarlos y tener solo un abordaje individual, ya que es en el entorno laboral donde está el origen del problema.

#### **4.5.2 Control del acoso laboral institucional**

Desde diferentes medios se cita que los médicos son de los trabajadores que más acoso psicológico sufren desde la institución, situación que está aumentando en los últimos años, cebándose en los médicos con mayor precariedad laboral y con pocas posibilidades de defensa.

Estas situaciones producen un importante desgaste emocional, con pérdidas de la salud y del rendimiento laboral del profesional que de ninguna forma se puede consentir.

#### **4.5.3 Seguridad en el trabajo**

En los últimos años se está produciendo un aumento de las agresiones físicas y psíquicas por parte de algunos usuarios del sistema sanitario hacia los médicos. En ocasiones, los pacientes que tienen frustraciones con el sistema sanitario, del que no reciben lo que esperan, la pagan con el profesional que tienen cerca, y en otras ocasiones, los profesionales son intimidados por individuos que le exigen al médico que haga actividades de dudosa legalidad, viéndose amenazados si no las realizan.

Esto está produciendo una creciente inseguridad en el médico, que se siente muy indefenso al no tener prácticamente respaldo de las instituciones y se encuentra a merced de algunos desaprensivos.

Es una situación que va a empeorar en el futuro si no se toman medidas, por eso las autoridades sanitarias públicas del Servicio Nacional de Salud y del Ministerio de Sanidad deberían promover el respeto a la dignidad de los profesionales entre los usuarios del sistema, entre los demás agentes sanitarios, en las administraciones públicas (por ejemplo en la administración de justicia), en los medios de comunicación y en la sociedad como conjunto. La Atención Primaria no debe servir de parapeto para cubrir las deficiencias del Sistema Sanitario, o como falsa vía para

resolver problemas que quedan fuera de su competencia (problemática laboral o sociofamiliar, o simplemente pobreza). De la misma manera, la Administración Pública debe evitar enfrentamientos entre los distintos estamentos que trabajan en Atención Primaria y entre los distintos niveles de la Sanidad Pública, articulando las medidas correspondientes para que cada uno de estas niveles asuma su responsabilidad y protagonismo en la prestación de servicios a la comunidad.

#### **4.5.4 Responsabilidad ética**

Los médicos tenemos que velar porque las actuaciones que realizamos hacia los pacientes, tanto de forma individual como a través de la institución, se enmarquen dentro de la ética. Los principios éticos deben guiar la práctica clínica, la utilización de los recursos a nuestra disposición y las relaciones con la industria farmacéutica.

La legislación asistencial establece los mínimos de la práctica clínica. Quien no cumple los mínimos es negligente, quien cumple con los máximos apunta a la excelencia. Los deberes mínimos se corresponden con la no maleficencia y los máximos con la beneficencia. El profesional sanitario no sólo no tiene que ser maleficente (ignorante, imperito, imprudente, negligente), si no que de él se espera una entrega superior, de carácter beneficente, pero no hasta los extremos del paternalismo (hacer el bien a los demás incluso en contra de su voluntad, siguiendo el concepto de bien que tenía el propio sanitario), si no que hay que respetar el principio de autonomía del paciente, paciente, por otra parte, cada vez mejor informado (53).

Compete al profesional tratar a todas las personas con la misma consideración y respeto, sin hacer discriminaciones. Pero en este principio universal de justicia, debemos admitir que la vida y la salud son bienes no sólo personales, sino también sociales y, en un contexto de limitaciones económicas en la disponibilidad de servicios sanitarios, el bien social hay que entenderlo en términos de distribución de recursos (justicia distributiva).

## **5. CONCLUSIONES**

1. Es necesario **elegir la calidad y dignidad de la Atención Primaria**, para que sea resolutiva, recupere su verdadero papel como eje del sistema sanitario público y sea reconocida, estimulada y defendida por las Instituciones Públicas.
2. Deben establecerse unos **criterios básicos para el ejercicio del médico** de Atención Primaria, generalizables a todo el Estado español, que garanticen la calidad y dignidad de su trabajo.
3. La formación del médico es clave, debe proporcionarse tiempo para ello dentro de la jornada laboral, facilitando días de formación y guías clínicas de la patología más prevalente. En torno al **35 % de la jornada laboral** se dedicará formación, docencia, investigación, organización interna y coordinación con la especializada.
4. La **carga de trabajo se adaptará a las curvas de rendimiento laboral**, para conseguir una adecuada productividad y preservar la salud del médico.

5. Una adecuada gestión del tiempo del médico pasa por **desburocratizar las consultas**, racionalizar los protocolos de la patología crónica haciendo más partícipe a otros trabajadores del equipo, fomentar la autonomía del paciente y comprender el manejo del paciente hiperfrecuentador.
6. **Planificar la agenda asistencial** permitirá armonizar la accesibilidad del paciente con un adecuado rendimiento del médico.
7. **El nivel de sustitución** por ausencias del médico (baja laboral, formación, etc.) tendrá que ser del **100 %**, para garantizar una buena calidad asistencial y evitar la sobrecarga del resto de compañeros.
8. **La calidad de la atención a las urgencias tiene que estar garantizada** por una buena formación de los médicos, unos recursos suficientes, una rápida prestación del servicio y una buena coordinación, que evite duplicidad de funciones y no se den las situaciones como la que el médico tenga que abandonar la consulta, o que tenga que acudir a la urgencia con escasos medios y formación.
9. Los médicos de atención primaria tienen que tener un **amplio acceso a la tecnología** tanto diagnóstica como terapéutica, que garantice su capacidad resolutive.
10. Se tiene que disponer de suficiente personal auxiliar, tanto en número como en formación, para **que el médico se dedique a realizar labores médicas** exclusivamente.
11. **El número de pacientes asignados** al médico debe ser suficiente para **preservar la competencia** profesional y para **garantizar la mejor atención al paciente**, teniendo en cuenta el grado de envejecimiento de la zona, la dispersión geográfica, el nivel de precariedad socioeconómica y de inmigración.
12. Los médicos españoles deben **recuperar el nivel adquisitivo salarial**, armonizar sus retribuciones entre autonomías y aproximarse a la retribución de los países europeos.
13. La **incentivación** tiene que ser consecuencia de la **calidad asistencial** y de la carga de trabajo, y no del simple ahorro económico.
14. Es muy importante establecer una **carrera profesional** que armonice la antigüedad con los méritos profesionales adquiridos.
15. **El nivel de interinidad debe reducirse** lo más posible con la realización de oposiciones frecuentes, y debe evitarse la precariedad laboral.
16. Se facilitará la **movilidad geográfica** voluntaria, para favorecer una enriquecedora libre circulación entre autonomías y entre diferentes zonas de salud.
17. Se tomarán medidas de carácter institucional para **minimizar la frecuencia del síndrome del quemado**.
18. Ante el incremento de las agresiones e intimidaciones a los profesionales de Atención Primaria, es fundamental que se tomen las **medidas necesarias para garantizar la seguridad física y psíquica de los trabajadores**.

19. La **intimidad de los datos del paciente** debe preservarse siempre, sobre todo con la centralización de las historias clínicas informatizadas.

20. Para incrementar la capacidad resolutive de la Atención Primaria es fundamental dotar a este nivel asistencial de una **adecuada y suficiente financiación** que garantice los medios materiales y humanos necesarios para desarrollar todo su potencial.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

1. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129-1133
2. Ortún V. La atención primaria, clave de la eficiencia del sistema sanitario. Jano 1995; 49 (1148): 1587-1602
3. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clín (Barc) 1996; 106: 97-102
4. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001
5. Boerma WGW, Jong FAJM, Mulder PH. Health care and general practice across Europe. Utrecht: NIVEL; 1993
6. Urbanos R. Equidad horizontal en la provisión pública de servicios de salud: un análisis aplicado al caso español. II Asamblea General de la Asociación Española de Economía Pública. Madrid, 18-19 de diciembre de 1997
7. Gérvas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28(7): 472-7
8. Martín García M. La atención primaria en Galicia: una reforma inacabada. Salud 2000, 2001; 81: 10-12
9. White KL, Williams F, Greenberg B. Ecology of medical care. N Engl J Med 1961; 265: 885-887
10. Palomo L, Pastor R. Sobre el buen médico. JANO 1999 (carta); 67(1322): 2047-9
11. Donabedian A. La calidad en la atención médica. México DF: La prensa Médica Mexicana, 1984
12. García Sánchez S. El absentismo psíquico. Rev. FMC 2002; 9(1): 41-6
13. Simó Miñana J, Chinchilla Albiol N. Motivación y médicos de familia(I). Aten Primaria 2001; 28 (7): 480-490
14. Informe de la OMS: " Health Care Systems in Transition" Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for europa. 2000.AMS 5012667(SPA) tagert 19.2000
15. Bengoechea E, del Llano JE. Las cifras del sistema sanitario: el gasto sanitario y su evolución en España. En: Navarro C, Cabasés JM y Tormo MJ (Editores). La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS 1995. Barcelona: SG Editores SA; 1995. 181-196
16. Borrel i Carrio F. "Lo que da complejidad al acto clínico" . I jornadas nacionales sobre la calidad y dignidad de la AP. Zaragoza 2002
17. Martín Zurro A, Cano Pérez FJ. Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica. Tercera edición. Barcelona: Doyma, 1994; pag.141-157

18. Anderson, L.A. and Zimmerman, M.A. Patient and physician perception of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Education & Counseling* 1993, 20 ( 1) : 27 –36
19. Cross D. Patient satisfaction with time spent with their physician. *The journal of Family Practice* 1998; Vol 47 (2) : 133- 137
20. McCormick, W.C., Inui, T.S. Geriatric preventive care. Counseling techniques in practice setting. *Clinics in geriatric Medicine* 1992, 8: 215- 28
21. Marvel, M.K. Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. *Archives of Family Medicine* 1993; 2 ( 6) : 629 – 633, 1993.
22. Doring, L.A. Communication problems of the chronically ill. *Australian Family Physician* 1992; 21: 791-3
23. Camasso, M.J., Camaso, A.E. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. *Social Science & : Medicine* 1994; 38(5):733 – 748
24. Sauras Llamas J. Los médicos de familia y el tiempo de consulta ¿ es imposible llegar a 8 minutos? *Jano APS opinión*, 19 –25 de noviembre 1999, vol. LVII nº 1320
25. Borrel i Carrio F. “ La gerra de las agendas”. *Jano APS opinión* 5-11 de noviembre 1999 Vol.LVII nº 1318
26. Blumenthal D, et al. The duration of ambulatory visit to physician. *The journal of Family Practice* 1999; 48 (4): 264- 271
27. Cross D. Patient satisfaction with time spent with their physician. *The journal of Family Practice* 1998; 47 (2) : 133- 137
28. Mechanic D. How should hamsters run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *BMJ* 2001; 323: 266-268
29. Ruiz Téllez A. La organización de un equipo e atención primaria. *Rev: “Centro de Salud”* vol 7 nº10:592-606
30. Bellon Saameño J.A. Como reducir la utilización de las consultas en atención primaria y no morir en el intento. X Taller Nacional de entrevista clínica y comunicación asistencial. El Escorial (Madrid) 1999
31. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto@pCOM Vitoria,(2001).
32. Alonso FA. Introducción de la Informática en los centros de salud, mediante su aplicación eficiente en procesos administrativos. *Atención Primaria* 1992; 9: 345-346
33. Alonso López F, Ruiz Tellez A, Guijarro Eguskizaga A. Algunas cuestiones básicas para el desarrollo de una aplicación informática que asuma el futuro en atención primaria. *Medifam* 1996; 6 (4): 222-224
34. Bolívar Rivas B, Juncosa Font S. Validación del proceso y resultados de un sistema de información en atención primaria. *Rev San Hig Púb* 1992; 66: 203-215
35. Grupo de trabajo. Diseño de un sistema de información para la atención primaria. *Atención Primaria* 1996; 17 (7): 47-62
36. Martín Pérez J, Otero Rodríguez A. En busca de la utilidad del sistema de información de atención primaria de Castilla y León. *Rev San Hig Púb* 1992; 66: 217-224
37. Servicio Andaluz de salud ( 1997)” Proyecto de Desarrollo de la Gestión Clínica” (Documento interno)
38. Palomo L, Gérvas J, García-Olmos LM. La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia. *Aten Primaria* 1999; 23: 363-370
39. Brugos Larrumbe A. y Col. “ Previsión de carga laboral en la AP“ I jornadas nacionales sobre la calidad y dignidad de la AP. Zaragoza 2002

40. H Hemingway, A Nicholson, M Stafford, R Roberts and M Marmot . The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *Am J Public Health* 1997; 87: 1484-1490
41. Villares Rodríguez JE et al. Satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora". *Cuadernos de Gestión* 2000; 6 (2): 60-67
42. Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Martín E, Ricoy JR. Análisis de los proyectos de investigación sanitaria durante 1991. *Aten Primaria* 1993; 11: 8-15
43. López LA, Martínez JI, García MM, March JC. La investigación en atención primaria en España. *Revisión en Salud Pública* 1993; 3: 135-154
44. Palomo L. Propuestas para impulsar la investigación en el Sistema Nacional de Salud. *Salud* 2000 1995; 51: 27-31
45. Starfield B. Prioridades y futuro de la investigación en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 201-210
46. Jiménez Villa J. Investigación y atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl.1); 66-70
47. Palomo L. Mitos y realidades de la investigación en atención primaria. *Primer Nivel* 2001; 5 (1): 35-39
48. Simó J, Gaztambide M, Latour J. Producción científica de los profesionales españoles de atención primaria (1990-1997). Un análisis bibliométrico a partir de MEDLINE. *Aten Primaria* 1999; 23 (Supl. 1): 14-28
49. Artells JJ (director). Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo "Delphi". *Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria* 1999; 5 (Supl. 1): 89
50. de Pablo González R, Suberviola González F. Prevalencia del síndrome de burnout en los médicos de atención primaria. *Rev " Atención Primaria"* 1998; 22 (9): 580-584
51. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM y Daniel Vega E. Burnout en los médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Rev " Atención Primaria"* 2002, 29(5): 294-302.
52. Maslach C, Leiter MP. " The truth about Burnout" Jossey- Bas Publishers. San Francisco, 1997.
53. Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En: del Llano et al. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998.