



Viernes 25 de marzo de 2022

Seminario:

¿Mató la COVID a la estrella
de la microgestión?

Ponente/monitor:

■ Rafael Jiménez Alés

Consultorio La Roda de Andalucía.
Área de Gestión Sanitaria de Osuna.
Sevilla.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Jiménez Alés R. ¿Mató la COVID a la estrella de la microgestión? En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022. p. 75-87.



¿Mató la COVID a la estrella de la microgestión?

Rafael Jiménez Alés

Consultorio La Roda de Andalucía.
Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.
alesmismo@gmail.com

RESUMEN

La pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 ha puesto de manifiesto que, ante situaciones de extrema necesidad, los gestores pueden tomar medidas para optimizar quién, cómo y cuándo se va a hacer cada cosa, pero de igual modo, hemos podido ver que, en cuanto la situación tiende a normalizarse, todas las medidas de control previo pueden pasar al olvido si los profesionales no las han interiorizado y convertido en normas básicas para el trabajo. Pero, aún peor, no en todos los centros se han adoptado las medidas de control de la demanda que propugnaban los gestores. La falta de personal o material, o la falta de acuerdo con las directrices, ha motivado que en muchos se improvise, poniendo en riesgo la seguridad de los profesionales y de la población. La falta de habilidades personales para la microgestión (MG) ha facilitado no ya que, en ausencia de normas, se hicieran las cosas mal, sino que, a pesar de la existencia de normas, las cosas se han hecho mal. La falacia de control por exceso, la indefensión aprendida, el síndrome de Estocolmo laboral... han contribuido a ello.

A la forma de enfrentar estos problemas no estrictamente clínicos, a las herramientas que se emplean de forma individual sin necesidad de consenso alguno, es a lo que denominamos MG. En este texto revisamos el concepto, las situaciones que puede abordar y las herramientas con las que abordarlas.

“Podemos imaginarlo todo, predecirlo todo, salvo hasta dónde podemos hundirnos”.

E. M. Cioran

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Aunque el entorno de trabajo de Atención Primaria (AP) es un entorno altamente regulado y normalizado³, hay muchas facetas de la actividad diaria que no se rigen por norma alguna. La ausencia de normas, o su mala interpretación, hacen que el pediatra de AP (PAP) asuma tareas que en absoluto le conciernen y que le son delegadas por familias, compañeros, jefes y otras entidades públicas o privadas, interfiriendo en las actividades propias de su desempeño profesional, para las que realmente está capacitado y que tienen mayor impacto en la salud de la población. Esto es, se interfiere en la atención adecuada al paciente^{4,5}; por el profesional adecuado, en el momento y lugar adecuados, con los medios adecuados.

El PAP, como parte fundamental de la AP pública, tiene entre sus funciones la prevención y promoción de la salud, además de la atención a toda la patología biopsicosocial que afecta a la infancia y cuyas características han ido cambiando con el tiempo. Para dar respuesta a estas necesidades en un entorno de recursos finitos, debemos priorizar su empleo. El tiempo es uno de ellos, sin olvidar que, dentro de la jornada laboral, el PAP debe formarse, formar e investigar. Esto es, al menos, la teoría: una visión integral de la salud llevada a cabo por un auténtico Pediatra de Familia convertido en referente de la atención a la infancia en la comunidad. Sin embargo, en los últimos años, estamos asistiendo a un desmoronamiento progresivo de la Pediatría de AP, mucho más evidente en determinadas zonas, en las que las coberturas son deficitarias o no se cuenta con el apoyo de una enfermería formada en la atención y cuidados de la infancia⁶.

La politización de la salud nos ha conducido a una situación delicada, en la que se oferta a la población una

serie de recursos aparentemente inagotables como si de una barra libre se tratase. Esto lleva a ofertar más a quien más demanda, independientemente de que sea quien más lo necesita, generando grandes desigualdades en la atención, entre los que copan la barra y los que esperan prudentemente en segunda fila a que llegue su turno; esto es, entre *abusuario*¹ y usuarios que hacen un uso adecuado del sistema, que son la mayoría. También la escasez de recursos motiva que la barra libre oferte distintas cosas según las zonas, porque en la barra libre algo hay que ofertar, aunque sea de pésima calidad, lo que para el profesional sanitario debiera ser inconcebible, inasumible y combatido con el apoyo de la normativa en vigor^{1,3}.

Por otro lado, la mal vendida, entendida y asumida, gratuidad del Sistema Sanitario Público, lleva a demandar a este lo que, en caso de conllevar algún coste, no se demandaría, por banal, superfluo, innecesario o resoluble por otros medios.

El PAP, además, no ha sabido o no le han dejado, hacerse un hueco en la AP, por más que se haya puesto de manifiesto su utilidad^{7,9}. Es el recurso menos importante del centro de salud, la opinión menos tenida en cuenta a la hora de planificar la atención a la comunidad y al que, en situación de escasez, se le niegan primero los recursos, que no debemos olvidar no son para su uso y disfrute, sino, en definitiva, se destinan al cuidado de la salud de la infancia, que es la base de la futura sociedad.

A pesar de lo anterior, la Pediatría sigue siendo una de las profesiones más demandadas en la actualidad y, al tiempo, la desmotivación, las escasas expectativas de proyección profesional y el estrés laboral al que se someten en consultas masificadas, han llevado a que el pediatra evite el trabajo en la AP, buscando salidas en hospitales, en la asistencia privada, cuando no en

1 El abusuario es un usuario que emplea el sistema a modo de barra libre y que, al hacerlo, impide o dificulta el acceso de otros usuarios. Ocupa citas a las que falta, emplea la vía de urgencias ante situaciones que sabe son banales, no guarda turnos, protesta insolidariamente cuando se atiende a alguien con mayor prioridad, etc. (nota del autor).

el extranjero. Mucho se ha escrito sobre el modelo de Atención a la Infancia en los últimos años y muchas dudas han surgido sobre la viabilidad o no de esta estructura asistencial que se mantiene de momento¹⁰.

Ante esta situación, que parece inamovible, existe una manera de continuar ejerciendo la Pediatría de AP: aprender y practicar MG en la propia consulta, haciendo de puertas hacia adentro, una isla protegida de las malas influencias que pueden venir de la propia administración, de los jefes, de otras entidades, de los compañeros del centro o de los colegas de otros niveles asistenciales, de sociedades científicas que hacen recomendaciones no basadas en la evidencia, sin perder la perspectiva de que trabajamos, ante todo, para mejorar la salud infantil, en el contexto de un sistema sanitario público, altamente regulado y normalizado¹³, pero en el que hay muchas facetas de la actividad diaria que no se rigen por norma alguna. La ausencia de normas o su malinterpretación hacen que el PAP asuma tareas que en absoluto le conciernen y que le son encomendadas por familias, otros profesionales sanitarios, jefes y otras entidades públicas o privadas, interfiriendo en las actividades propias de su desempeño profesional, para las que realmente está capacitado y que tienen mayor impacto en la salud de la población. Esto es, el PAP sufre continuas interferencias en la atención adecuada a sus pacientes, entendida esta, como la que se presta por el profesional adecuado, en el momento y lugar adecuados, y con los medios adecuados^{4,5,11}.

CONCEPTO

La MG es el conjunto de actuaciones, a realizar por el profesional, encaminadas a gestionar la propia consulta y que debería, en su mayoría, afrontar la organización en la que trabaja. Estas actuaciones, atendiendo los principios éticos¹² y deontológicos, y la normativa legal vigente, buscan rentabilizar el tiempo disponible, haciendo que tanto la familia como los distintos profesionales asuman su labor, para poder optimizar la del PAP. Se ocupa de esas “pequeñas cosas” de las que la macrogestión se olvida, pero que son imprescindibles

para el buen funcionamiento del sistema. Las diferencias a la hora de aplicar la MG podrían explicar la variabilidad en la frecuentación o en los motivos de consulta que pueden existir en dos consultas del mismo centro sanitario con cupos similares, y podrían marcar diferencias en la calidad de atención que se presta a quienes más la necesitan¹³.

PROBLEMAS QUE ABORDA LA MICROGESTIÓN

Desde la MG se pretende abordar cualquier situación que pueda alterar el funcionamiento de la consulta, es decir, cualquiera que reste tiempo para llevar a cabo las actividades de prevención y promoción de la salud, la atención a los problemas de salud de los pacientes, así como a las necesarias actividades de formación, docencia e investigación. Algunos de los problemas que aborda son:

Pediatra-dependencia¹⁴

No es raro que el pediatra se queje de la gran demanda que debe afrontar y de la demanda intempestiva, sobre todo, de la considerada inmotivada, bien porque debería atenderla otro profesional cualificado para ella, bien porque se trata de algo banal que no sería motivo de consulta en un sistema en el que el mal uso estuviese penalizado. Pero parte de esta demanda es inducida por el propio PAP por varias circunstancias:

En ocasiones puede tratarse de inseguridad científico-técnica que lleva a citar una y otra vez al paciente para asegurar que “todo va bien”.

Otras veces deriva de un paternalismo que hace que se asuma un papel que debiera tener la familia. En esta situación la familia cede gustosa al pediatra, el papel de interpretar las toses, el color de los mocos o las cacas, así como un papel protagonista a la hora de decidir la hora de acostarse, la de comer o el sistema de climatización, el color de las paredes de la habitación del bebé o la marca de termómetro que hay que comprar para la bañera. Por supuesto, el pediatra será quien decida si ante un proceso banal,

el paciente faltará al colegio, durante cuánto tiempo y cuándo será el momento exacto de la reincorporación. Pero tratar a los usuarios como a nuestros hijos, o a sus familias como a nuestras familias, nos hace perder la objetividad necesaria para una buena atención. Al fin y al cabo, todos los profesionales sanitarios en general y los médicos en particular asumimos como un dogma que es muy mala idea ser el pediatra de tus hijos o el médico de tu familia. Convertir a nuestros pacientes en hijos adoptivos podría ser mala praxis.

En otras ocasiones no se trata de un paternalismo voluntario, sino de una auténtica falacia de control por exceso¹⁵, que lleva al convencimiento de que el último responsable de la salud del niño –que algunas familias entienden como felicidad absoluta y ausencia total de cualquier malestar– es el pediatra y no sus padres, que, consecuentemente, comienzan a dudar de sus capacidades parentales, delegar su responsabilidad y consultar por todo.

Demanda inducida por las unidades administrativas

Con relación a este tema, el sentimiento que suele cundir entre los pediatras es de desesperanza, cuando no de desesperación. Un pensamiento frecuente es que no hay nada que hacer, puesto que el pediatra no tiene una posición jerárquica sobre las unidades administrativas y, por tanto, estas no responden a sus órdenes. Sin embargo, esto pudiera ser una manifestación de la falacia de control por defecto¹⁵. Dos son los problemas que hay que abordar. Quizá el principal sea el que todo niño que entra por la puerta del centro es derivado al pediatra independientemente del motivo de consulta o de que el profesional más capacitado para atenderle sea el profesional de trabajo social, de enfermería, matrona, odontólogo, etc. El segundo problema es el uso inadecuado de la palabra urgencia, no ya por los usuarios, sino por administrativos o celadores, e incluso, por los propios profesionales sanitarios. Comenzar a atender a un usuario que viene a solicitar una cita, indicándole que “no

hay, pero si es urgente...”, es la mejor forma de desorganizar la sala de espera al inducir falsas expectativas que, de no ser satisfechas, dan lugar a que se eleve el cociente de frustración¹⁶. La elevación de este cociente genera estrés y reacciones defensivas que llegan a la agresividad que, muchas de estas familias, muestran hacia el resto de los usuarios y hacia el propio profesional. Este término ha sido usado sobre todo en economía para expresar el cociente entre una serie de operaciones comerciales posibles y las finalmente conseguidas. Ha sido también llamado coeficiente de frustración. Su aplicación al campo de la conducta es obvia: el cociente de frustración sería el cociente entre las expectativas y los logros. Este cociente puede aplicarse a usuarios y profesionales: cuanto más se espera y menos se obtiene, más aumenta, desencadenando una respuesta de estrés.

Demanda inducida por otras administraciones

Referida fundamentalmente a la emisión de diversos *papeloides injustificables y certficoides*. Intentemos definir términos tan recurrentes:

- El *papeloide* es un tipo de documento que se puede expedir en cualquier tipo de papel, aunque generalmente se realiza en un “P10”, en el que se dan indicaciones innecesarias a una persona que no tiene la obligación de cumplirlas. Por ejemplo, podría ser una nota para el profesor de educación física ante un paciente que acude a clase con una pierna escayolada y a quien la madre ya ha informado del incidente, de la naturaleza de la lesión y de la previsible evolución. En todo caso, si el profesor tuviese dudas acerca de las actividades que puede realizar, debería dirigirse a los profesionales de los equipos de orientación educativa, que son los competentes en este asesoramiento y que, a su vez, podrían contactar con el PAP, previa autorización familiar, para aclarar alguna duda puntual sobre la naturaleza o la evolución prevista de la lesión, a fin de poder aconsejar al profesorado sobre la actividad a realizar.

- El *injustificable* es un documento que no puede sustentarse en normativa alguna y que generalmente es solicitado para eludir responsabilidades, bien de padres, bien de otros organismos. Por citar un ejemplo, injustificable es el documento de falta al colegio, ya que la justificación compete a los padres y el control del absentismo al tutor.
- El término *certificoide* se emplea para describir un documento expedido para certificar algo no certificable: la salud o la ausencia de enfermedad infectocontagiosa son los más solicitados. Su emisión requiere de grandes dosis de inventiva y arrojo por parte del profesional y puede conllevar una responsabilidad legal cuando se certifica algo sobre lo que no se tiene certeza, o en un documento distinto al certificado médico oficial, aspecto sobre el que los colegios de médicos se han pronunciado en reiteradas ocasiones.

Todas estas peticiones documentales se amparan en el derecho que el paciente tiene a que se le expida, siempre que lo solicite, un certificado acreditativo de su estado de salud¹⁷. Sin embargo, solo se debe hacer constar los aspectos de la salud del paciente que sean fehacientemente conocidos, y que suelen referirse a la presencia de alteraciones de la salud, y no a su ausencia (la buena salud o la ausencia de enfermedad infectocontagiosa), ya que esto, generalmente, es imposible de certificar¹⁸. En muchas ocasiones el PAP recurre a frases ambiguas que pueden dar lugar a error, lo que no es aconsejable en un documento oficial. Así, decir que “en su historia no constan datos que hagan pensar en una enfermedad infectocontagiosa”, hará pensar a un lego que no la tiene, mientras si el texto del informe se limita a señalar “en su historia no constan datos que permitan descartar la presencia de enfermedad infectocontagiosa”, es más probable que se entienda justo la realidad, que es que podría tenerla y no podemos certificar su ausencia. De esta forma, además, no contribuiremos a la discriminación que muchas veces se hace a pacientes portadores de determinados virus, bacterias o parásitos y cuya exclusión de centros educativos no está

amparada por la ley. En definitiva, si nos limitamos a certificar solo aquello de lo que estamos absolutamente seguros², informando sobre nuestra imposibilidad de certificar aquello que se nos solicita en el resto de las ocasiones, el número de solicitudes disminuirá ostensiblemente, hasta limitarse a las que razonablemente se deben hacer.

Por último, decir que, al igual que en el absentismo escolar la familia es la única responsable de justificar las ausencias, en el caso de comunicación de enfermedades, intolerancias alimentarias, alergias o cualquier otra circunstancia de la que el colegio deba ser informado, los únicos responsables, son la familia y no el PAP, y será esta quien decida en qué términos y con que detalle desea informar al colegio. En cuanto a si el sistema sanitario debe informar al colegio de alguna medida a tomar, lo sería siempre en virtud de una alerta sanitaria y serían los profesionales de los servicios que asuman funciones de salud pública quienes determinarían a quien se debe informar y las acciones a emprender. Dicho esto, no parece que haya ni una sola circunstancia en la que el PAP deba hacer ningún tipo de documento expreso para un centro educativo y será la familia quien decida si aporta algún informe de consulta actual o pasado.

Al respecto de aportar informes pasados, la solicitud de una copia de la historia es otro clásico en la consulta. Lo primero que hay que aclarar es que, aunque el usuario tiene derecho de acceso, copia, rectificación, oposición y cancelación, no lo tiene a través del PAP, sino por unos cauces administrativos establecidos, que suelen ser solicitudes por escrito a los responsables de la custodia de la base de datos en que se deposita, que designarán a la persona que realizará las copias y las facilitará al usuario¹⁹. El PAP no está autorizado a dar copias de cualquier tipo de documento que no sea la hoja de seguimiento clínico del día en curso, que es editable, incluyendo el informe del resultado de la prueba que el propio PAP ha solicitado (o consensuado que se solicite por otro miembro del equipo) y viene a recoger. Así, el PAP no tiene obligación de dar copias de

2 “No sabemos ni un cienmillonésimo de nada” (Thomas Alva Edison).

hojas de seguimiento clínico que ya no son editables, el informe de un electroencefalograma con anomalías de dudoso valor que ha solicitado otro profesional en otro nivel de atención con cuyo criterio no estamos de acuerdo, ni el resultado de una analítica que no sabe bien para qué se pidió. Sin embargo, puede informar de todo lo que considere pertinente y al caso con el motivo de consulta actual y que, por tanto, podría reflejarse en el informe del día en curso, incluyendo resultados de pruebas complementarias realizadas con anterioridad.

Demanda inducida por otros profesionales sanitarios

En este apartado queremos resaltar la importancia que tiene el hacer notar al resto de profesionales del Sistema Sanitario Público que el PAP no es un amanuense o secretario que se limita a rellenar los formularios que, en otro punto de atención, incumpliendo la norma, no cumplimentan: recetas, derivaciones, peticiones de pruebas complementarias, etc. Tampoco somos quienes tenemos que dar los resultados de pruebas solicitadas por otros salvo que compartamos el criterio de la solicitud. Tampoco tenemos que ser informados, dar el visto bueno o controlar todo lo que valoran en otro punto de atención. Así, la frase “control por su pediatra” que se añade en la inmensa mayoría de informes de alta, sin señalar cuando o qué debe controlar el PAP, e independientemente de que el motivo de asistencia sea una urgencia verdadera o una pseudourgencia, ocasionan numerosos actos médicos en AP totalmente innecesarios y que dan a entender que la pseudourgencia no fue tal: fue valorada en urgencias y además necesita de una revisión posterior, lo que a cualquier lego le da a entender que hizo bien en acudir a urgencias y por supuesto, sería una temeridad no acudir a ese control por su pediatra que se le aconseja en urgencias por escrito.

No debemos dejarnos llevar por los malos hábitos heredados del profesional que nos antecedió en el cupo, ni del profesional que nos sustituya puntualmente, ni de los de otros colegas del centro. El resto del

universo puede hacer las recetas de los demás, toda suerte de certificoides, injustificables y papeloides. Puede también perder media mañana al teléfono pidiendo favores, pero el PAP debe atender a los pacientes, formarlos, empoderarlos y hacer que cada uno asuma su responsabilidad, a fin de poder asumir, sin flaquear, la propia. Es lo que podemos resumir en la filosofía que cada palo aguante su vela.

Demanda inducida por el sistema sanitario

Ya hemos mencionado que, en nuestro país, los sistemas sanitarios generan expectativas a la ciudadanía a una velocidad muy superior a la que luego dota de medios para hacer frente a ellas. Aunque las campañas de concienciación de la población son raras en nuestro país, cuando se hacen, suele ser para descargar las urgencias hospitalarias de banalidades, a costa de sobrecargar la AP de las mismas banalidades que solo requieren de autocuidados. Por citar un ejemplo, esta frase de una campaña de gripe: “Utiliza los servicios sanitarios de forma racional: acude a tu médico y no utilices los servicios de urgencia hospitalaria si no es necesario”, cuesta poco transformarla en: “Utiliza los servicios sanitarios de forma racional: pide cita con tu médico y utiliza los servicios de urgencias solo si es necesario”. En el primer caso se da a entender que un uso racional es aquel en el que no hay más que acudir sin cita al médico, mientras que se pide no usar los servicios de urgencia hospitalaria, sin siquiera mencionar los de AP, que no parece importar que se colapsen. En el segundo caso, se considera uso racional el obtener cita con el médico antes de acudir y usar todos los servicios de urgencias solo si es necesario. El sistema sanitario con estas frases parece ignorar que la mayoría de las urgencias vitales que se atiende en un hospital llegan trasladadas por servicios de urgencia de AP, que es vital no colapsar.

Demanda inducida por los jefes

Por último, está la masificación ocasionada por los jefes que, en ocasiones, hacen suya la falacia de infinidad, omnipresencia y omnipotencia. Así, es entendible

que puedan considerar razonable implantar agendas que permiten citar a 12 personas a la misma hora; que sea factible formarse o realizar actividades de educación para la salud en mitad de una agenda repleta que no deja huecos en las 7 horas de la jornada laboral; que puedan hacerse 5 avisos domiciliarios en una hora en una población dispersa sin dotar con vehículo y conductor al sanitario. Todo esto haciendo creer a los profesionales que su contrato es por tarea, cuando la realidad es que el sistema sanitario público contrata por horas y turnos y tiene la obligación de poner todos los medios necesarios para que el profesional sanitario haga su trabajo, desde material fungible a instrumentos de exploración, vestimenta, medios de locomoción si ha de trasladarse y, por supuesto, tiempo. Recordemos que la asistencia está garantizada los 365 días del año y las 24 horas del día, no por el profesional, sino por el sistema sanitario; y cuando se termina el turno, otro profesional coge el relevo, si no en ese centro, en otro.

COMPONENTES DE LA MICROGESTIÓN

La MG tiene dos componentes o aspectos fundamentales. El primero es la forma de ser y ejercer del profesional sanitario, es decir, son una serie de habilidades personales. El segundo son las herramientas que se van a poder utilizar, adaptándolas a estas habilidades para hacer frente a los problemas antes señalados o cualquier otro que pudiera surgir. Sin dichas habilidades, cualquier herramienta, por eficaz que pueda resultar en teoría, será completamente inútil.

Habilidades personales

La MG requiere cuatro destrezas que hay que ejercitar y perfeccionar: inteligencia emocional, proactividad, asertividad y creatividad. Estas habilidades mejoran el desempeño profesional y permiten posicionarse ante el resto de los profesionales y administraciones que pueden influir en el devenir del trabajo diario.

En primer lugar, es necesario adquirir **habilidades emocionales** que permitan deshacerse de la falacia de con-

trol¹⁵, tanto por exceso como por defecto. La falacia de control por exceso hace creer que se es responsable de situaciones de las que no se es responsable. Deshacerse de ella eleva inicialmente el cociente de frustración¹⁶ del usuario, cuando no se responde a las expectativas que las administraciones u otros profesionales les han creado, de forma indebida. Pero no hacerlo cuanto antes solo servirá para afianzar esas expectativas que, tarde o temprano, no se podrán atender, lo que empeorará la frustración del usuario, que en esta ocasión verá al profesional como creador de esas expectativas que ahora se niega a satisfacer. La falacia de control por defecto hace creer que no se es responsable de cosas de las que realmente se es responsable, como es el funcionamiento de la consulta. No deshacerse de ella eleva el cociente de frustración del PAP, ya que espera pasivamente y sin éxito que alguien intervenga para normalizar la consulta y, sobre todo, para que haga respetar dichas normas. Deshacerse de ella supone emprender un nuevo camino inexplorado no exento de obstáculos e imprevistos, abandonando la queja continua.

La MG entraña una **actitud proactiva**²⁰. Esto es, llevar a cabo una iniciativa responsable que prevenga y, cuando no sea posible, resuelva o palie los problemas del día a día con los que el propio PAP se sobrecarga o es sobrecargado por otros. Esta actitud permite “escarmentar en cabeza ajena”, prever las consecuencias que un aparente acto banal puede traer: la satisfacción de una expectativa irreal creada por un tercero solo afianzará dicha expectativa. Así, tras la firma de un inocente *papeloides*, que piden desde una entidad pública o privada, pueden llover las solicitudes de nuevas firmas de *injustificables*, *certificoides* y *papeloides* cuando afianzamos la creencia de que ese es uno de los cometidos del PAP.

La **asertividad** es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás²¹. La persona asertiva conoce sus derechos y los defiende, respetando los de los demás, por lo que no busca ganar en una disputa o conflicto, sino alcanzar acuerdos de forma positiva. La comunicación asertiva permite, tanto decir sí cuando es ne-

cesario, como decir no cuando el caso lo requiere, sin plegarse pasivamente a las demandas, sobre todo cuando estas son perjudiciales para los pacientes o consumen el escaso tiempo del PAP sin buscar un beneficio añadido. La asertividad permite decir lo que se quiere, a quien se quiere, en el momento en el que se quiere y por el canal que se quiere. Hay quien tiene siempre una respuesta asertiva en la boca y quien prefiere meditar sus respuestas, redactarlas y enviarlas por otro canal.

Por último, pero no menos importante, está la **creatividad**, porque en el contexto en el que trabajamos, siempre surgirá una situación a la que nunca nos enfrentamos. En estas situaciones ser creativo a partir de conocimientos previos nos puede evitar sentar un precedente que puede ser peligroso. Para estas situaciones en las que nos demanden una actuación que nos resulte chocante, que pensemos que nunca nos deberían haber pedido, que creamos que no somos nosotros los que la debemos resolver, en primer lugar, digamos “tengo que consultar” (legislación, impreso que hay que cumplimentar en estos casos, procedimiento para enviarlo...), consultemos la legislación (¡ojo!, no busquemos legislación que nos exima de hacerlo, sino que nos obligue a hacerlo, pues no hay legislación que nos exima de hacer informes periciales, sino ausencia de obligación de hacerlos en la cartera de servicios). Y, en ausencia de creatividad propia, contactemos con otros compañeros con mayor experiencia en el campo de la MG por si han tenido una experiencia similar y la han resuelto.

La ausencia de estas habilidades predisponen al profesional a una situación de acoso, tal y como sucede en otros ámbitos con las personas más débiles. Cuando estas circunstancias se cronifican, suelen conducir de forma más o menos paulatina a situaciones patológicas:

- En el **síndrome de Estocolmo laboral**²², el profesional tolera y naturaliza relaciones basadas en la agresividad, en la intimidación y en la descalificación. Justifican la situación, apelando a argumen-

tos tales como “mi jefe lo hace por la presión que debe soportar” o “yo hubiese reaccionado de la misma forma”. Al tiempo destaca los atributos positivos del trabajo y lo insustituible que resulta él como profesional en la atención a sus pacientes, como si cuando se tomase vacaciones o los centros de salud cierran (por las tardes-noches, o los sábados, domingos y festivos), la morbimortalidad infantil de la zona se disparase.

- En la **indefensión aprendida**²³ hay un estado de pasividad, ansiedad y depresión que surge cuando el profesional piensa que no puede controlar su entorno, que está a merced de los acontecimientos o que sus acciones no producen los efectos esperados. Se encuentra sometido a demandas que considera injustas, aleatorias y contradictorias, a situaciones de doble vínculo que provocan impulsos de acercamiento y evitación. Como consecuencia, se instala en una creencia aniquiladora (“nada de lo que yo haga importa”) que produce pasividad, entecimiento de las reacciones, tristeza, carencia de deseos, incapacidad de indignarse y resignación. El sujeto acaba en un déficit motivacional, que inhibe la acción o retrasa las respuestas, así como cognitivo, que le dificulta apreciar que una acción condiciona una consecuencia, y experimenta ansiedad o angustia.

En estas situaciones hay que trabajar para mejorar la autoestima y poner límites para hacerse respetar. De no hacerlo, ambas situaciones terminan por conducir al síndrome del profesional quemado.

Herramientas

La **Educación para la Salud** (EpS) es una de las principales herramientas con la que abordaremos el problema de la pediatra-dependencia¹⁴. En este campo es frecuente pecar de pensamiento (la EpS es inútil), palabra (“el pediatra uno más de la familia”, “no sin mi pediatra”), obra (suplantación del sentido común de la familia, intrusismo en tareas que competen a otros) y omisión (instrucciones claras y precisas de

qué hacer y cuándo volver a consultar). Promover los autocuidados²⁴ desde el embarazo, el apego seguro y la lactancia materna, son contenidos básicos de esta actividad.

- El Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía tiene disponibles documentos interesantes para la promoción del buen trato y apego seguro en su web: https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/promocion_buen_trato.pdf
- El Grupo de Educación para la Salud de AEPap divulga contenidos teóricos y aspectos prácticos de enorme utilidad que pueden encontrarse en su web: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud>

El **trabajo en equipo en el centro de salud**, entendiendo como equipo a todos los que de una u otra forma trabajan con y por el usuario. Para este trabajo es fundamental contar con Planes Normalizados de Trabajo (PNT) o Procedimientos Operativos Estandarizados (POE), que indiquen quién, dónde, cómo, cuándo y en qué circunstancias se va a hacer cada cosa, con las necesarias excepciones que no deben convertirse en rutina. Estos PNT deben escribirse, consensuarse y ser conocidos por todos los componentes del equipo, así como por el usuario, que debe conocer las normas del centro para poder respetarlas²⁵. La mayoría de los conflictos surgen por la ausencia de normas o por el desconocimiento de estas por parte de la ciudadanía.

La **comunicación con otros niveles asistenciales** se ve habitualmente dificultada por la distancia y el desconocimiento personal mutuo. Sin embargo, las nuevas tecnologías hacen inexcusable dicha comunicación. En la actualidad prácticamente la totalidad de los profesionales del sistema sanitario cuentan con un correo corporativo al que se le pueden hacer llegar quejas, observaciones, propuestas de coordinación o mejora. Esto mismo es aplicable cuando se trata de hacer llegar nuestras consideraciones a coordinadores, jefes de servicio, directores médicos o gerentes. No se trata de

mantener correspondencia a través del Registro General de la administración, sino de mantener una comunicación asertiva²¹ a través del canal con el que podamos sentirnos más cómodos (teléfono, mensajería o correo electrónico), asumiendo el triple papel de profesional, trabajador de un servicio público y usuario de este, es decir, el centro del sistema; y huyendo de la falacia de control por defecto.

La **relación con otras entidades ajenas al sistema sanitario** puede ser abordada de forma similar a la comunicación con otros niveles asistenciales. Lo ideal es prevenir la generación de conflictos, entrando en contacto con las administraciones con las que podamos coordinar actuaciones, dándoles a conocer nuestra cartera de servicios y explicándoles que no somos emisores de *papeloideas*, *injustificables* ni *certificoides*. De igual modo es posible, si surgiera un posible conflicto, intentar el contacto telefónico para aclarar qué ha ocurrido. A veces simplemente que un profesional nuevo llega a un centro educativo y, *motu proprio*, comienza a solicitarlos. Si es posible y fácil el contacto telefónico, puede intentar aclararse la forma de trabajar, aunque en estos casos suele ser necesario recurrir al director del centro y hacerlo por escrito mediante un correo electrónico. La mayoría de las administraciones públicas disponen de correos electrónicos de contacto y podemos buscar en directorios corporativos el correo de un profesional concreto. De no ser así, es posible que podamos acceder al correo de la dirección del centro, al correo genérico del centro, al de la delegación provincial de esa administración o al de la consejería responsable.

¿MATÓ LA COVID A LA ESTRELLA DE LA MICROGESTIÓN?

Desde que el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, se genera una situación de masificación-colapso de la Asistencia Sanitaria en nuestro país y, especialmente de la AP.

El sistema sanitario, a lo largo de la primera ola de la pandemia, se dio de bruces con una realidad previa que había sido activamente ignorada: la AP de nuestro país está masificada, infradotada y altamente burocratizada.

En ella se sobrevivía merced a consolarse en que el mal era bastante común, porque se trabajaba en un lugar muy bien organizado (aunque no los hemos visto, “haberlos, haylos”), porque se trabajaba en un lugar pequeño y aislado con un cupo limitado por la geografía o porque se aplicaban técnicas de MG.

Durante la pandemia hemos podido asistir a dos hechos; el primero es la realización de propuestas de abordaje y organización para hacer frente a la pandemia^{26,27}, muchas de las cuales, ya se preconizaban desde la MG para afrontar una consulta masificada²⁸. Así, se ha podido probar la efectividad de las herramientas de la MG cuando se generalizan:

- Uso masivo de la consulta telemática para promoción de la salud y prevención, resolución de dudas, problemas banales y consultas administrativas, además de realizar el triaje telefónico previo a la consulta presencial²⁹, sin que haya supuesto un obstáculo que ese tipo de asistencia no estuviese contemplada en la actual cartera de servicios del SNS¹ o las dudas que en principio suscitó la necesaria protección de datos³⁰.
- Asunción por parte de las unidades administrativas de una gran parte de tareas administrativas. Recogida de informes, trámite de revisiones, consultas perdidas, etc.
- Asignación adecuada de tareas por parte de enfermería: triaje para todo paciente que acude sin cita, seguimiento de positivos asintomáticos, mayor intervención en programas de seguimiento de crónicos y población sana.
- Mejora en la relación con otros niveles asistenciales, con la puesta en marcha de teleconsultas no

solo en el área de dermatología que ya era un clásico previo a la pandemia.

- Mejora en la coordinación con otras entidades ajenas al sistema sanitario, fundamentalmente con los centros educativos. Hemos visto como se designaban profesionales referentes tanto en salud como en educación encargados de coordinar ambos ámbitos o el florecimiento de reuniones de coordinación con otras entidades a través de salas de reuniones virtuales. Se han actualizado y recordado de forma reiterada cómo, cuando, donde y quien ha de emitir informes y certificados.

Sin embargo, el segundo hecho al que hemos asistido es que, a pesar de que los gestores sanitarios pusieran en marcha estas medidas, sustentadas en normativa y protocolos, recordando quién debe hacer cada cosa, la falta de habilidades personales necesarias para poner en marcha la MG ha hecho que, en muchas, no lleguen a implementarse pues, ni gestores, ni directivos, ni cargos intermedios han mostrado preocupación especial porque dichas medidas se implantasen en todas y cada una de las consultas. Si el profesional no ha reclamado para su consulta la puesta en marcha de esas medidas, muchas de ellas no han llegado a entrar en funcionamiento.

- En algunas consultas se ha seguido trabajando de la misma forma, añadiendo a la sobrecarga que ya se tenía, la que ha supuesto la pandemia, a expensas de empeorar otros aspectos de la atención sanitaria, como las actividades de promoción, prevención o seguimiento de pacientes crónicos. Todo ello debido a la tendencia a asumir que, todo lo que no asumen los demás, aunque les sea encomendado por la normativa, debe ser asumido por el pediatra, poniendo de manifiesto la falacia de control por exceso en la que muchos viven¹⁵, cuando no el manifiesto Síndrome de Estocolmo Laboral que muchos ya padecen²².
- En otras consultas en las que la desorganización era tolerable, merced a tener un cupo reducido, se ha visto como la falta de conocimientos de MG, y

especialmente de las habilidades personales, han propiciado el desbordamiento de la consulta en cuanto la pandemia ha sobrecargado la demanda, a lo que se ha añadido, en no pocas ocasiones, las bajas laborales de compañeros afectados por la misma, obligando en ocasiones a traslados de profesionales que creían vivir bien en su “refugio seguro” hacia centros masificados.

La pandemia nos ha brindado la oportunidad de comprobar que ambos componentes de la MG son fundamentales y de nada sirven el uno sin el otro. Además, nos ha permitido ver que no hay consulta que no pueda masificarse y colapsar, por lo que es muy importante estar formado para aquellas eventualidades en las que haya que gestionar la consulta para priorizar y optimizar las tareas que en ella se llevan a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - Cartera de Servicios comunes del SNS. [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Legislación Consolidada. Madrid: BOE; 2016. [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
3. Legislación nacional. Grupo Laboral Profesional de la AEPap. [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en <https://www.aepap.org/grupos/grupo-laboral-profesional/legislacion-nacional>
4. Canadian Medical Association. CMA Policy. Appropriateness in Health Care. Ottawa (ON): Canadian Medical Association; 2015. [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-05.pdf>
5. WHO Regional Office for Europe. Appropriateness in health care services. Report on a WHO Workshop. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000. [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/119936/E70446.pdf
6. Vizoso S. España, el país de los pediatras agotados [en línea]. El País. 2018. [Fecha de acceso 7 de agosto de 2018]. Disponible en https://elpais.com/politica/2018/07/06/actualidad/1530892198_511765.html
7. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12 Supl 18:S3-64.
8. Aparicio Rodrigo M, Ruiz Canela J, Buñuel Álvarez JC, García Vera C, Esparza Olcina MJ, Barroso Espadero D, et al. Paediatricians provide higher quality care to children and adolescents in primary care: A systematic review. Acta Paediatr. 2020;109:1989-2007.
9. Aparicio Rodrigo M, Carrasco Sanz A, Sánchez Pina C, Villaizán Pérez C, Fernández Rodríguez M, Orejón de Luna G, et al. The Role of Pediatricians in Providing Greater-Quality Care for Children: An Ongoing Debate. J Pediatr. 2021;231:303-304.e1.
10. Informe técnico. Situación de la Pediatría de AP, diciembre de 2018. En: Asociación Española de Pediatría. [Fecha de acceso 18 de noviembre de 2021]. Disponible en www.aeped.es/documentos/informe-tecnico-aep-situacion-Pediatría-atencion-primaria-diciembre-2018
11. Robertson-Preidler J, Biller-Andorno N, Johnson TJ. What is appropriate care? An integrative review of emerging themes in the literature. BMC Health Serv Res. 2017;17:452.

12. Pérez Fernández M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de Ética y derecho médico. 2010; XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. Oporto (Portugal). [Fecha de acceso 28 de diciembre de 2021]. Disponible en <http://equipocesca.org/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>
13. Gérvas J, Fabi LF. Gestión de la consulta. En: Práctica clínica en Medicina Familiar y Comunitaria. Montevideo: Bibliométrica (en edición). [Fecha de acceso 28 de diciembre de 2021]. Disponible en <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2017/02/uruguay-libro-gestión-final-final.pdf>
14. Jiménez Alés R. La Pediatra-dependencia y la limitación de la calidad de la asistencia. *Pediatr Integral*. 2011;15 Supl 14:S97-100.
15. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. La falacia de control. [1 de abril de 2009] [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2008/03/la-falacia-de-control.html>
16. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. Y en el principio fue... el Cociente de Frustración. [12 de marzo de 2008] [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2009/04/y-en-el-principio-fue-el-cociente-de.html>
17. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Legislación Consolidada*. Madrid: BOE; 2002. [Fecha de acceso 28 de diciembre de 2021]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
18. Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Bizkaia. Certificados e informes de salud en Atención Primaria. Cuestiones éticas. 2013. [Fecha de acceso 31 de agosto de 2021]. Disponible en <http://bit.ly/2N0RQca>
19. Acceso a la historia de salud. Servicio Andaluz de Salud. 2021. [Fecha de acceso 28 de noviembre de 2021]. Disponible en <https://www.sspa.junta-deandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/derechos-y-garantias/acceso-la-historia-de-salud>
20. Soto B. ¿Qué es ser proactivo en el trabajo? *Gestion.org*. 2018. [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en <https://www.gestion.org/ques-ser-proactivo-en-el-trabajo/>
21. Platea.pntic.mec.es. Comunicación y Asertividad. [Fecha de acceso 3 de junio de 2018]. Disponible en <http://platea.pntic.mec.es/jolal1/smart/Asertividad.pdf>
22. Seppi MF. Síndrome de Estocolmo laboral: ¿en qué consiste y cómo tratarlo? *Mejor con Salud*. 2021 [Fecha de acceso 15 de agosto de 2021]. Disponible en <https://mejorconsalud.as.com/sindrome-estocolmo-laboral-tratarlo/>
23. Marina J. La vulnerabilidad aprendida. *Pediatr Integral*. 2012;16:811-4.
24. Jiménez Alés R. Autocuidados en Pediatría. Aplicación práctica. Ponencia presentada al LXIII Congreso de la Sociedad de Pediatría de Galicia. 2012. [Fecha de acceso 28 de diciembre de 2021]. Disponible en <https://goo.gl/Bg253f>
25. Jiménez Alés R, Navarro Quesada F. Procedimiento Normalizado de Trabajo. Citación en Consultas de Pediatría de Atención Primaria. Sevilla: Grupo de Trabajo Gestión de la Consulta. AndAPap; 2018. [Fecha de acceso 8 de agosto de 2021]. Disponible en http://www.pediatrasandalucia.org/wp-content/uploads/2019/06/PNT-cita-previa-2_1.pdf
26. Suárez Vicent E, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Sánchez Pina C, Villaizán Pérez C, Cenaarro Guerrero MT, Cantarero Vallejo MD, et al. Propuesta de abordaje y organización de las consultas de Pediatría de

- Atención Primaria en la pandemia por SARS-CoV-2 (otoño-invierno 2020-2021). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22:241-50.
27. Jiménez Alés R. Procedimiento Normalizado de Trabajo. Propuesta de desescalada y reanudación de la actividad en Pediatría de Atención Primaria. 1.ª ed. Estepa: AndAPap; 2020. [Fecha de acceso 21 de agosto de 2021]. Disponible en http://www.pediatrasandalucia.org/wp-content/uploads/2020/05/AndAPap_PlanNormalizacion_Pediatría_8_mayo-FIRMA-DO.pdf
 28. Jiménez Alés R, Navarro Quesada FJ. Recursos para afrontar una consulta masificada. Aspectos teóricos y aplicación práctica. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 421-436.
 29. Servicio Andaluz de Salud. El SAS impulsa la consulta telefónica para pacientes de Atención Primaria. 2020. [Fecha de acceso 15 de agosto de 2021]. Disponible en <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/el-sas-impulsa-la-consulta-telefonica-para-pacientes-de-atencion-primaria>
 30. Agencia Española de Protección de Datos. Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad. AEPD; 2019. [Fecha de acceso 28 de diciembre de 2021]. Disponible en <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>

