



Viernes 15 de febrero de 2019

Taller:

Recursos para afrontar una consulta masificada

Moderador:

Juan Antonio García Sánchez

Pediatra. CS San Carlos. San Lorenzo del Escorial, Madrid. Vocal web - RRSS AMPap.

Ponente/monitor:

■ **Rafael Jiménez Alés**

Pediatra. Consultorio La Roda de Andalucía. Área Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

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.



Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Recursos para afrontar una consulta masificada. Aspectos teóricos y aplicación práctica

Rafael Jiménez Alés

*Pediatra. Consultorio La Roda de Andalucía. Área Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.
alesmismo@gmail.com*

Francisco Javier Navarro Quesada

*Pediatra. UGC Lucano. Distrito Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.
fnavarroquesada@gmail.com*

“Todos los asuntos tienen dos asas: por una son manejables, por la otra no”.
Epicteto de Frigia (55-135), filósofo griego

RESUMEN

Las condiciones en las que los Pediatras de Atención Primaria (PAP) desarrollan su labor, han ido cambiando paulatinamente durante los últimos años, fundamentalmente por circunstancias no clínicas: el uso desorganizado de los servicios sanitarios, con su proclamada omnipresencia, omnipotencia e infinidad, la pediatra-dependencia, la burocracia, las relaciones discordantes o inexistentes con compañeros, con otros niveles asistenciales, con otros organismos, con los jefes, ocasionan disrupciones que alteran la consulta cada vez más frecuentemente. Dado que estos problemas terminan por afectar la práctica profesional, el pediatra que aspira a desarrollarla de forma óptima debe conocerlos y abordarlos, invirtiendo para ello cierto tiempo que, aunque parezca perdido, tendrá una alta rentabilidad de cara a la correcta atención a sus pacientes.

Aunque entendemos que las soluciones a estos problemas deberían darla los gestores del sistema, divulgando la limitación de los recursos y el necesario buen uso de estos, implantando Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNT) de obligado cumplimiento, la realidad se obstina en demostrar que el sistema es capaz de generar problemas a una velocidad mucho

mayor de la que puede solventarlos, básicamente creando expectativas en la ciudadanía que luego se muestra incapaz de atender.

Por otra parte, y aun entendiendo que lo ideal es que los profesionales llegasen a un acuerdo de cómo deben hacerse las cosas, la realidad vuelve machaconamente a mostrarnos que esperar a un consenso es esperar *sine die* para hacer algo eficaz. Además, la experiencia enseña que, a pesar de que el sistema sanitario público es muy similar en todo el país, las disrupciones antes mencionadas, afectan de forma muy diversa a las distintas consultas, a veces incluso, del mismo centro sanitario, lo que hace pensar que la forma de trabajar del profesional que ocupa una consulta es un factor primordial en la mayor o menor masificación de esta.

A la forma de enfrentar estos problemas no clínicos, a las herramientas que se emplean de forma individual sin necesidad de consenso alguno, es a lo que denominamos **microgestión (MG)**.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El PAP, como parte fundamental de la Atención Primaria 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 comunidad¹². Sin embargo, en los últimos años, estamos asistiendo a un desmoronamiento progresivo de la Pediatría de Atención Primaria, 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 infancia³.

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 *abusuarios** 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 la fuerza de la legislación^{3,4}.

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 Atención Primaria, por más que se haya demostrado su utilidad⁵. 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 a 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

*Nota del autor: 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.

el pediatra evite el trabajo en la Atención Primaria, buscando salidas en hospitales, en la asistencia privada, cuando no en 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 momento^{4,6,7}.

Ante esta situación, que parece inamovible, existe una manera de sobrevivir: aprender y practicar MG en la consulta de cada profesional, 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 las 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 normalizado⁸⁻¹⁰. Dicho lo anterior, hay muchas facetas de la actividad diaria que no se rigen por norma alguna. La ausencia de norma o su malinterpretación hace 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, se interfiere en la atención adecuada al paciente, definida como la que se presta por el profesional adecuado, en el momento y lugar adecuados, y con los medios adecuados^{11,12}.

CONCEPTO DE MICROGESTIÓN

La MG es el conjunto de actuaciones, a realizar por el profesional, encaminadas a gestionar la propia consulta, que no se encuentran regulados específicamente por norma alguna que no sea el sentido común, la buena praxis, los principios éticos y deontológicos¹³. Estas actuaciones deben respetar la normativa legal vigente y buscan rentabilizar el tiempo disponible, haciendo que, tanto las familias, como cada perfil profesional, asuma su labor sin interferencias de otros profesionales de la empresa o ajenos a la misma. 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, podría 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 podría marcar diferencias en la calidad de atención que se presta a quienes realmente la necesitan¹⁴.

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-dependencia¹⁵

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 exceso**¹⁶, 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

En relación con 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. Dos son los problemas 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 frustración**¹⁷. 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 obvio: 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 certificoides. Intentemos definir términos tan “ocurrentes”:

- El *papeloides* 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 incertificable: 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 ocasiones¹⁸.

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 salud¹⁹. Sin embargo, solo se debe hacer constar los aspectos de la salud del paciente que sean fehacientemente conocidos¹⁸, 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 certificar²⁰. 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 “la imposibilidad de asegurar la ausencia de enfermedad infectocontagiosa con los datos que constan en la historia”, es más que probable que se entienda justo la realidad, que es que podría tenerla y no podemos certificar su ausencia.

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, peticio-

nes de pruebas complementarias, etc. 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 que debe controlar el PAP, e independientemente de que el motivo de asistencia sea una urgencia verdadera o una pseudourgencia, ocasionan numerosos actos médicos en Atención Primaria 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 Atención Primaria 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”²¹, cuesta poco transformarla en: “Utiliza los servicios sanitarios de forma ra-

cional: coge 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 hacer mención de los de Atención Primaria, 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 Atención Primaria, 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 hora²², o que sea factible formarse o realizar actividades de educación para la salud o que puedan hacerse 5 avisos domiciliarios en una hora en una población dispersa sin dotar con vehículo y conductor al sanitario, 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, máxime cuando la asistencia está garantizada los 365 días del año y las 24 horas del día, si no por el profesional que acaba el turno, por el que comienza la atención continuada, si no en un consultorio concreto, en otro, tal y como ocurre de noche o los días festivos.

COMPONENTES DE LA MICROGESTIÓN

La microgestión 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 herramien-

tas que se van a poder utilizar, adaptándolas a estas habilidades. Sin dichas habilidades, sin la pericia en su manejo, cualquier herramienta, por eficaz que pueda resultar en teoría, será completamente inútil.

Habilidades personales para la microgestión

La microgestión requiere tres destrezas que hay que adquirir, ejercitar y perfeccionar: inteligencia emocional, proactividad y asertividad. Estas habilidades mejoran el desempeño profesional y permiten posicionarse ante el resto de los profesionales y administraciones, influyendo en el desarrollo del trabajo diario.

En primer lugar, es necesario adquirir **habilidades emocionales** que permitan deshacerse de la falacia de control¹⁶, tanto por exceso como por defecto.

La falacia de control por exceso¹⁶, hace creer que se es responsable de situaciones o tareas de las que realmente no se es responsable, es generadora de pediatra-dependencia¹⁵, tanto de pacientes como de otros profesionales y entidades, y hace que se abarquen tareas que terminan por desbordar al profesional y a las que, tarde o temprano, será incapaz de dar respuesta (realizar técnicas o asumir controles de enfermería, justificar las inasistencias a los centros educativos, hacer de psicólogo, consejero matrimonial o religioso, asesor fiscal, legal o experto en trabajo social, gestor de citas perdidas o peticionario de favores, que serían innecesarios en un sistema que funcionase). Consecuentemente, cuando esta supuesta cartera de servicios no se atiende, se eleva el cociente de frustración¹⁷ del usuario, ya que no se han realizado con diligencia y pericia las tareas que alguien les ha hecho creer que son obligación del PAP. Esto puede dar lugar a situaciones conflictivas que a veces llegan a la violencia verbal o física. Otro efecto secundario de esta falacia de control por exceso, es que todo el tiempo empleado en atender tareas que no son competencia del PAP, va en detrimento de las tareas para las que está capacitado y son realmente de su competencia: formación, docencia, investigación, actividades de educación para la salud, tareas de coordinación con educación, servicios sociales y otras entidades

locales, que nos permita rentabilizar el trabajo de todos y poner en valor otros activos en salud de la comunidad. En definitiva, interfieren en la labor de una Pediatría de familia y comunitaria.

La falacia de control por defecto¹⁶, puede definirse como la creencia de que hay cosas que están totalmente fuera de nuestro control y, por tanto, no podemos hacer nada por cambiarlas. De hecho, el PAP está convencido de que son agentes externos a la consulta los únicos que pueden hacerlo y espera que así lo hagan. La falta de medidas por parte de estas entidades –el resto de compañeros con los que espera ponerse de acuerdo, los sindicatos, las asociaciones científicas, la organización sanitaria, etc.– frustra las expectativas que sobre ellos se ha creado el PAP, lo que da lugar a aumentar el cociente de frustración¹⁷, generándose estrés y situaciones de conflictividad con esos otros agentes, cuando no de desesperación en la que se sienten impotentes y a merced de acontecimientos que le parecen totalmente arbitrarios e injustos. Ante esta falacia hay que adoptar la máxima de “hazlo tú, pues nadie lo hará por ti”.

La microgestión entraña una **actitud proactiva**²³. 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: tras la firma de un inocente papeloides, pueden llover las solicitudes de nuevas firmas de injustificables, certificoides y papeloides varios. El favor que un día se hace, cuando no se deja claro que es un favor, se convierte rápidamente en exigencia. Si no se deja claro que no pueden citarse dos pacientes a la misma hora, damos pie a que se puedan citar más de dos y que esto se repita al libre albedrío del personal administrativo del centro todas las veces que lo consideren conveniente.

Asertividad

Es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás^{24,25}.

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 decir “sí” cuando es necesario, 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 hacerlas llegar por otro canal.

La ausencia de estas habilidades, suelen conducir de forma más o menos paulatina a una situación de indefensión aprendida²⁶, que es el estado de pasividad, ansiedad y depresión que aparece cuando una persona 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 sometida a demandas que considera injustas, aleatorias y contradictorias, a situaciones de doble vínculo que provocan impulsos de acercamiento y evitación (aprecia y respeta a las mismas personas que le hacen sentir mal). 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. Todo ello suele conducir, si nada se hace para evitarlo, al síndrome del profesional quemado.

HERRAMIENTAS PARA LA MICROGESTIÓN

Una vez conocido el concepto de MG, los problemas que aborda y la capacitación necesaria, es el momento de dar a conocer alguna de las principales herramientas que pueden emplearse.

Formación científico-técnica

Tanto referida a conocimientos sobre promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, como a las habilidades emocionales y de comunicación ya referidas.

Educación para la Salud (EpS)

Es una de las principales herramientas con la que abordaremos el problema de la pediatra-dependencia¹⁵. En este campo es frecuente pecar de pensamiento (“la EpS es inútil, vienen de todas formas”), palabra (“el pediatra, uno más de la familia”, “no sin mi pediatra”), obra (paternalismo con 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 autocuidados²⁷ desde el embarazo, el apego seguro²⁸ y la lactancia materna, son contenidos básicos de esta actividad. El Grupo de Educación para la Salud de AEPap divulga contenidos teóricos y aspectos prácticos²⁹ de gran utilidad.

Es una herramienta que idealmente ha de usarse de forma proactiva, estudiando previamente cuales son los problemas más prevalentes en la consulta, para formar a las familias en su manejo y en el uso racional de las consultas tanto virtuales, como presenciales, así como los servicios de urgencia cuando así se requiera. En cualquier caso, siempre hay familias a las que no llega la EpS planteada de una forma proactiva, pues no acuden a dichas sesiones. Con ellas, no hay que renunciar a una EpS reactiva que dé respuesta a las preocupaciones que plantean en sus consultas, de modo que la EpS se administre en forma de consejo breve y a demanda. Para ello es fundamental dominar la comunicación asertiva^{24,25} y no caer en una medicina complaciente que solo retroalimentará la necesidad de consultar. Siempre se debe indicar a estas familias por escrito y con un refuerzo verbal, qué deben hacer ante una preocupación concreta: qué síntomas observar o qué datos recabar, qué medidas tomar ante un problema clínico o administrativo, y cuándo y dónde volver a consultar si fuera necesario.

Protocolos normalizados de trabajo (PNT)

Un PNT no es más que una serie de instrucciones por escrito a fin de realizar una tarea específica de cierta forma. Son fundamentales para 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 de un cupo concreto. Es decir, se trata de acordar normas de trabajo con la unidad administrativa y otros perfiles profesionales, así como de los propios usuarios si participan de alguna forma en el funcionamiento del centro. Estos PNT no buscan descargar de trabajo a unos en perjuicio de otros, sino que deben tratar de que cada uno haga la función que tiene atribuida dentro del sistema sanitario, evitando problemas. Para el correcto funcionamiento de la unidad de admisión y de todo el centro de Atención Primaria, es fundamental contar con un PNT, que indique 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 los usuarios, que conociendo las normas del centro podrán respetarlas, pues la mayoría de los conflictos surgen por la ausencia de normas o por el desconocimiento de estas por parte de la ciudadanía. El conocimiento por parte de los usuarios de la norma del centro les ayudará, además, a evitar que los “abusarios” la incumplan. Un ejemplo de PNT de citación en los centros de Atención Primaria es el documento “Citación en Consultas de Pediatría de Atención Primaria³⁰”, que puede descargarse desde el enlace facilitado en la bibliografía.

En este documento se insiste en la necesidad de ofertar a todo paciente que viene a obtener una cita, la primera que se encuentre disponible, sin hacer juicios de valor sobre lo cercana o lejana que está. Hay usuarios a los que les parecerá muy lejana una cita para dentro de una hora y a otros que les parecerá razonable esperar tres días. La mayoría de las personas a las que se les oferta una cita la aceptan. Sin embargo, si se les predispone a reconvertir su solicitud de cita en una petición de valoración urgente, lo harán también en su mayoría. Frases como “no hay cita para hoy, pero

lo pueden ver como urgente” son innecesarias, inductoras del abuso y altamente perjudiciales para la mayoría de los usuarios que se atienden, que acuden con una cita y esperan que el médico disponga de tiempo suficiente para atenderles. A los usuarios que, tras ofertárseles la primera cita disponible, insisten en ser vistos con anterioridad, se les debe informar que no hay cita y no preguntarles ni por la naturaleza de su dolencia (el personal que atiende los mostradores es personal no sanitario), ni si desean una cita urgente, pues las urgencias, según la correcta praxis médica se atienden previo triaje y no previa cita.

En el caso de que sea el paciente el que requiere de atención urgente, debe ser valorado mediante un sistema de triaje, que en ningún caso debe hacer personal no sanitario y se priorizará su atención, lo que finalmente podría acabar con el paciente en el mostrador para que se le facilite una cita si el nivel de prioridad así lo indica. Si la persona no aceptase finalmente ser valorada con cita y en el triaje se determina que no se trata de una urgencia que requiera de interrumpir el desarrollo de la consulta, se le debe informar de forma asertiva que su situación es “sin cita”.

A los pacientes “sin cita” debe informárseles de donde puede esperar, así como del hecho de que todos los pacientes con cita tendrán prioridad para ser atendidos antes. No se les debe facilitar documento alguno que le induzca a pensar que tiene una cita o quién le atenderá, sino, en todo caso, un documento que les informe de su situación y de lo que cabe esperar de ella. No deben creárseles expectativas acerca de cuándo serán atendidos o donde se les atenderá, pues llegado el cambio de turno o el horario de cierre deberán trasladarse a otra sala de espera o a otro punto de atención continuada, donde la atención está garantizada las 24 horas del día, los 365 días del año. Saber quién, cuándo y dónde le atenderán es precisamente el privilegio de tener una cita y es necesario poner de manifiesto la gran desventaja que supone no tenerla.

El PAP debe ser una agente demandante de la existencia de estos PNT e intervenir activamente en su elaboración, pues será un documento que puedan esgrimir

para que sus agendas no se sobrecarguen o como prueba en un posible conflicto con la empresa si el PNT finalmente implantado le sobrecarga por encima de una capacidad razonable de trabajo. En este punto, se debe aclarar que es una forma de acoso laboral³¹ el obligar al trabajador a realizar su trabajo sin proporcionarle los medios necesarios o encomendarle un trabajo que sea imposible de realizar. Será el juez quien interprete si, por ejemplo, es un delito de acoso laboral el obligar a un empleado a sacar carbón de la mina sin pico, pala o martillo neumático, a pescar sin caña o red o a atender a un paciente sin tiempo, especialmente si se reprende al profesional en público o se pone en duda su profesionalidad o pericia. Tal vez sea difícil que entienda porqué se citan a 12 personas a la misma hora en ausencia de una situación catastrófica, digna de la portada de un noticiario internacional.

También hay que decir que ningún PNT evitará que el PAP tenga que usar, en alguna ocasión, su inteligencia emocional o sus habilidades de comunicación con un paciente que desconozca la norma o pretenda ignorarla. En ese momento será muy importante valorar si se realiza una excepción, dejando claro que lo es, explicando al usuario y al resto del equipo porque se hizo y que no volverá a repetirse, o bien se le informará de la norma y se cumplirá. Saltarse el PNT sin más, abriría la veda a que otros usuarios o profesionales del centro dejen de seguirlo y pierda por completo su vigencia.

Agendas flexibles e inteligentes

Es habitual observar que, en los centros en los que la demanda se desborda puntualmente y hay un gran número de personas que son atendidas sin cita, por la mal denominada “vía urgente”, se pretende solventar el problema, aumentando el número de citas de demanda clínica, sin recortar otras actividades menos prioritarias. La experiencia en los sistemas de barra libre demuestra que, a mayor oferta en la barra libre, mayor consumo se produce y que la tendencia es al crecimiento descontrolado. Sin embargo, nuestro sistema sanitario no posee recursos infinitos que puedan ponerse a disposición en una barra libre y es necesario regular el acceso, si no mediante medidas coercitivas

de pago por uso, si de limitación de la oferta y, por tanto, de una inevitable lista de espera. Si la lista de espera se suprime mediante el subterfugio de lo "pseudourgente", el colapso de la consulta llega tarde o temprano.

Con la existencia de agendas flexibles e inteligentes, se hace referencia a agendas que tengan en cuenta los periodos de picos de demanda, los periodos en que se ausenta un compañero del que se debe asumir el cupo, o los propios periodos de ausencia y el retorno a la consulta tras dichos periodos. Es preciso que las agendas puedan adaptarse con facilidad a la evolución de la demanda clínica y a las características del cupo concreto. Dos profesionales del mismo centro no tienen por qué tener la misma agenda y lo ideal sería que cada uno pudiera intervenir en el diseño de la propia, disponiendo, como mínimo, de dos modelos de agenda para cada día de la semana: la agenda ordinaria que se aplicaría generalmente y uno o varios modelos de agendas extraordinarias para épocas de muy alta o muy baja demanda. En las primeras habría que recortar actividades programadas y en las segundas aumentarlas. Aunque el control de la agenda sea de la dirección del centro, la comunicación entre el PAP y dirección debe ser fluida para flexibilizar al máximo las agendas. Lo ideal sería disponer todos los días de un espacio reservado que en función del desarrollo de la consulta se pudiera abrir a la atención programada, de demanda clínica o de urgencias verdaderas, ya que pueden surgir imprevistos tales como enfermedad sobrevenida de un profesional o un incidente que afecte a múltiples usuarios -brote, accidente- para el que sea necesario movilizar a varios profesionales.

También las agendas deben tener la flexibilidad suficiente para reservar con tiempo espacios que se destinarán a actividades fuera del centro o virtuales: consulta telefónica, espacios de coordinación, sesiones grupales, etc.

Este tipo de agenda sirve para solventar las oscilaciones que presenta la demanda razonable, pero son completamente insuficientes en un escenario de barra libre descontrolada, en el que se abandonarían las

necesarias actividades programadas en pro de una creciente actividad de demanda clínica o atención a usuarios "sin cita".

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. Se trata de mantener una comunicación asertiva^{24,25} a través del canal con el que podamos sentirnos más cómodos (escrito con registro de entrada, reunión presencial, teléfono, mensajería o correo electrónico), asumiendo el triple papel de profesional, trabajador de un servicio público y usuario de este, huyendo de la falacia de control por defecto.

Cuando se establece comunicación con otros niveles, el PAP debe posicionarse y dejar claro que es el principal responsable de la atención a los usuarios. El término Atención Primaria no hace referencia a lo "primitivo" de los medios tecnológicos con los que cuenta, sino a la importancia del nivel, siendo los demás niveles "secundarios" o "terciarios" en cuanto al impacto en salud que tienen y por tanto deben estar subordinados y coordinados por el nivel primario. Si por ser puenteados de alguna forma, nuestros pacientes son atendidos en primer lugar en el nivel secundario o terciario, hay que dejar claro que eso no altera los principios de la atención y que el nivel primario es el que tiene la responsabilidad de hacer intervenir y coordinar a los demás. En determinadas patologías graves muy concretas, el paciente se desvincula de la Atención Primaria y utiliza el nivel terciario como si se tratase de la Atención Primaria con todas sus consecuencias, acudiendo también para cualquier patología banal a la que su condición patológica de base puede conferirle unas características que requieren de una atención especial. Esto constituye una excepción a la

norma que puede ser perfectamente justificada y que no debe generalizarse con el resto de los usuarios. Ni siquiera en estos casos de especial gravedad, la labor del PAP debe limitarse a expedir recetas o rellenar peticiones como meros amanuenses.

Comunicación con otras entidades ajenas al sistema sanitario

La comunicación y coordinación con otras entidades que pueden relacionarse con la salud es necesaria: agentes de salud de la comunidad, corporaciones locales, centros educativos, asociaciones de pacientes, empresas, hacen llegar en muchas ocasiones peticiones de papeloides, injustificables y certificoides varios, que sobrecargan al PAP y que no tendrían lugar en un entorno en el que la comunicación fuese bidireccional y fluida, a fin de conocer las expectativas mutuas y aunar esfuerzos de colaboración que busquen mejorar la salud de la sociedad en su conjunto.

Manejo de las reclamaciones

Las reclamaciones que el usuario plantea por el mal funcionamiento del sistema pueden implicar al PAP frecuentemente, lo que hace que se les tenga cierto respeto. Se las considera un arma de doble filo y, por tanto, no se fomenta su uso por parte de los PAP. Su manejo adecuado permite cortar con ambos filos.

El PAP como empleado de un servicio público tiene el deber moral y la obligación legal de informar al buen usuario de cuáles son los procedimientos mediante los cuales puede acceder a una prestación. En ocasiones, el mal funcionamiento del sistema hace que la única forma de acceder a determinadas prestaciones, en tiempo y forma, sea plantear una reclamación. Del mismo modo que se asesora al usuario en multitud de problemas que muchas veces tocan tangencialmente la salud, el no poder acceder a determinada prueba o procedimiento que el PAP considera indicado, la toca de lleno.

Por otra parte, el PAP no debe tener miedo a las reclamaciones que los abusuarios formulan contra él, pues este puede ser un marcador de que la MG se lleva a

cabo. Lejos de esto, estas reclamaciones son la oportunidad de hacer un informe, utilizando un lenguaje asertivo, que permita proponer mejoras a los gestores: no generen expectativas irracionales, implanten un PNT, etc. La contestación final al abusuario probablemente le deje claro que la supuesta barra libre no es tal y como él la había imaginado, y que, si bien es cierto que no tendrá que pagar por la consumición, no lo es menos, que hay una fila para acceder a ella y es el sistema sanitario quien la ordena y no él.

CONCLUSIONES

“No hay nada más espantoso que la ignorancia activa”.
Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832),
poeta y dramaturgo alemán

La situación actual refleja la existencia de una macroorganización que no se detiene en los detalles que hacen funcionar al sistema: el perfil de los profesionales que atienden a un determinado paciente, los medios materiales con los que cuenta, la formación que reciben, ni los engranajes mediante los que funcionan. La administración solo entiende de datos de macrogestión y solo aborda los problemas que repercuten en estos datos. Cualquier problema que afecte a una consulta concreta será activamente ignorado.

Por tanto, los problemas individuales del día a día, aquellos cuya existencia es cuestionada no solo por la administración, sino por los propios compañeros no afectados, deben afrontarse individualmente y, en todo caso, compartirse con otros compañeros que se encuentren en la misma situación o que ya la resolvieron, pues serán los únicos a los que les interesen y puedan intercambiar herramientas para solucionarlos, para paliarlos o para asumirlos como irresolubles.

El principal enemigo para el cambio es el propio PAP, acomodándose o cayendo en esa indefensión aprendida, que impide hacer nada eficaz para cambiar la situación, esperando que compañeros, sindicatos o asociaciones científicas resuelvan la situación, sumiéndose en la desesperanza y frustración que lleva al síndrome del médico quemado.

El PAP adopta una cartera de servicios que, más que impuesta por la administración sanitaria, es heredada del anterior profesional o, en el peor de los casos, diseñada por usuarios y abusuarios en conjunción con

otras administraciones, entidades privadas y otros compañeros. Y esto, a pesar de reconocer que esta cartera es absurda, y que se deja de lado la que deberíamos llevar a cabo (**Tabla 1**).

Tabla 1. La cartera de servicios. ¿Qué deberíamos estar haciendo?

Sí	No
Certificado de enfermedad	"Certificoides" de salud
Justificante de asistencia para el trabajo de los padres	"Justificoides" de asistencia para colegios
Hacer nuestras recetas	Hacer otras recetas (pediatra amanuense)
Hacer nuestras derivaciones	Derivar revisiones (pediatra amanuense)
Solicitar espirometrías	Hacer espirometrías
Solicitar test diagnósticos	Hacer test diagnósticos
Ordenar nuestra consulta	Dejar que otro ordene nuestra consulta
Criticar el mal funcionamiento	Sufrir el mal funcionamiento
Visitas a domicilio con indicación	Visitas a domicilio a petición
Atender urgencias ante la ausencia de un DCCU	Suplir al DCCU en su presencia
Atender primero a los citados: "esperoterapia a pseudourgencias"	Atender primero a las "pseudourgencias"
Proponer mejoras	"Virgensita" que me quede como estoy
Hacer programada a hiperfrecuentadores	Ver a salto de mata a hiperfrecuentadores
Ver a salto de mata a hipofrecuentadores con problemas importantes que dudemos que vayan a volver	Citar en programada a riesgo de que no vuelvan
Delegar en enfermería (niño sano, seguimiento de obesidad, hipertensión, controles constantes de TDAH, ítems de observación CHAT)	Acaparar todo, que para eso tenemos más años de carrera y con un vistazo y dos palabras lo solucionamos todo
Delegar en administración (obtención de citas, buzón de demanda administrativa: recepción de informes, recogida de analítica para especialistas, renovación de recetas)	Llevarse la tarea administrativa a la consulta
Consulta telefónica y por <i>e-mail</i>	Introgencia exploratoria y "poyaquismo"
Web 2.0/tablón de anuncios de corcho	Mantener en la ignorancia
Defender al menor	Arrinconar al menor
Informar a la familia para que sea quien decida	Paternalismo. Pediatra-dependencia
Asesorar a la familia sobre la información que debe obtener de otros profesionales	Suplantar a otros profesionales dando nuestra "versión" de la información
Asesorar sobre derechos y deberes	Evitar estos temas
Ofrecerse para dictar hojas de reclamaciones, asesorar sobre legislación y el lugar idóneo de presentación	Decir "reclame usted"
Confeccionar nuestra agenda (base de la gestión de la demanda)	Acatar sin rechistar una agenda hecha por y para otro
Revisar material fungible, medios diagnósticos y terapéuticos y solicitar lo que falte	No pedir nada, no sea que lo tengamos que usar
Solicitar formación en las áreas que consideremos prioritarias	No formarse
Investigar	Quejarse del compañero que investiga
Docencia	Quejarse del compañero docente
Implicarse en la gestión	Quejarse amargamente del director
Hablar, negociar, escribir con registro de entrada si es necesario	Quejarse amargamente del director
Salir "de paseo" (al cole, al insti, a la guardie, al ayuntamiento, a la asociación de vecinos) solicitando permiso para ello	Quedarse en la consulta, que está climatizada

DCCU: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias.

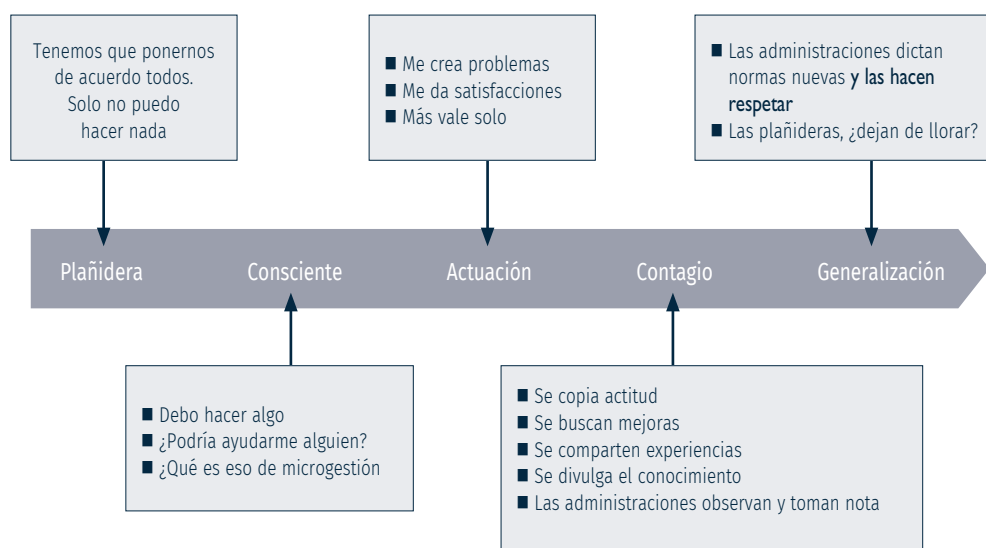
La MG, por tanto, no es un intento de consensuar actuaciones, ni pretende ser una revolución general. No es algo que pueda imponerse, ni es una solución universal a los problemas del PAP. No busca solucionar los problemas de la empresa, ni tan siquiera los de un centro. No busca efectos sinérgicos, aunque los tiene, y muy potentes (Fig. 1).

Lo que sí busca es elevar la autoestima del profesional, haciendo que se le valore dentro y fuera de la empresa, ayudando a mejorar su desempeño profesional y las condiciones laborales propias, a rentabilizar el tiempo y, en definitiva, a responsabilizar a cada cual de sus funciones: las propias, las de las familias, las de los profesionales de la propia empresa y de otras.

Son aisladas las iniciativas por parte de Asociaciones Pediátricas, para dotar de armas a los PAP, muchas de ellas nacidas de iniciativas individuales de microgestión: el mencionado PNT sobre "Citación en consultas

de Pediatría de Atención Primaria"³⁰, elaborado por los autores de este trabajo, o el documento elaborado por el Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP) bajo el patronazgo de la Sociedad Valenciana de Pediatría, de la Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AvalPap) y la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Primaria de Alicante³². Por otra parte, muchas Sociedades Científicas, han hecho propuestas sobre cuáles serían los mínimos que debería cumplir una consulta de calidad en Atención Primaria^{33,34}. Estos documentos hacen referencia, por ejemplo, al cupo máximo en Pediatría. La MG pone encima de la mesa estas propuestas, pero va más allá: está bien saber que el cupo máximo en Pediatría debe ser de 900, pero, si se tienen 1340 ¿Qué hacer para que desdoble el cupo? ¿Cómo gestionarlo si a pesar de todo no se desdobla? La MG propone pasar de la teoría escrita a la práctica cotidiana y dota de armas de todo tipo al profesional^{35,36}, una vez que nazca en él la idea de "si no lo hago yo, nadie lo hará por mí".

Figura 1. Desde la micro- a la macrogestión. Evolución de los profesionales y la administración



BIBLIOGRAFÍA

1. Bras i Marquilla J. Dar peces y enseñar a pescar. ¿Cuánto trabajo, madre mía! *Aten Primaria*. 2005;36:64-70.
2. Bras i Marquilla J. También existe la Pediatría de "los niños con una cabeza". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:15-6.
3. Vizoso S. España, el país de los pediatras agotados. *EL PAÍS*. 2018. [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en https://elpais.com/politica/2018/07/06/actualidad/1530892198_511765.html
4. Proyecto de Desarrollo Estratégico para la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APapA). Escuela Andaluza de salud Pública. Consejería de Salud. [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en <http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/ProyectoDesarrolloEstrategicoPAPA.pdf>
5. 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 18:59-72.
6. Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N, Mateo Rodríguez I. Proyecto de Desarrollo Estratégico de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008; 10 Supl 2:S81-94.
7. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. *Cuadernos de Gestión* 2002;8:115-32.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. 2018. [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>
9. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *Legislación Consolidada. Boletín Oficial del Estado*, n.º 301, (17-12-2003). [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>
10. Legislación nacional. Grupo Laboral Profesional de la AEPap. AEPap. [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en <https://www.aepap.org/grupos/grupo-laboral-profesional/legislacion-nacional>
11. Canadian Medical Association. CMA Policy. Appropriateness in Health Care. Ottawa: Canadian Medical Association; 2015. [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-05.pdf>
12. 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 26 oct 2018]. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/119936/E70446.pdf
13. 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 26 oct 2018]. Disponible en <http://equipocesca.org/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>
14. Gérvas J, Fabi LF. Gestión de la consulta. En: *Práctica clínica en Medicina Familiar y Comunitaria*. Montevideo: Bibliométrica (en edición). Disponible en <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2017/02/uruguay-libro-gestion-final-final.pdf>
15. Jiménez Alés R. La Pediatra-dependencia y la limitación de la calidad de la asistencia. *Pediatr Integral*. 2011;XV(14):97-100.

16. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. La falacia de control [1-abril-2009]. [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2009/04/y-en-el-principio-fue-el-cociente-de.html>
17. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. Y en el principio fue... el Cociente de Frustración. [12-marzo-2008]. [Fecha de acceso 26 oct 2018]. Disponible en <http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2009/04/y-en-el-principio-fue-el-cociente-de.html>
18. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Organización Médica Colegial de España. El CGCOM advierte que el certificado médico de Correos no puede considerarse oficial. 2018. [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en http://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np_certificados_medicos_21_05_18.pdf
19. 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. Boletín Oficial del Estado, n.º 274, (15-11-2002). [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
20. Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Bizkaia. Certificados e informes de salud en Atención Primaria. Cuestiones éticas. Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Bizkaia; 2013. [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en <http://bit.ly/2NORQca>
21. Información general y recomendaciones frente a la gripe. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. 2017. [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/enfermedades-problemas-salud/gripe/informacion-general-recomendaciones-frente-gripe>
22. Sobrecarga gripal en Primaria: "Me citan 12 pacientes en el mismo minuto". Redacción Médica. 2018. [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/sobrecarga-gripal-en-primaria-me-citan-12-pacientes-en-el-mismo-minuto--6747>
23. Soto B. ¿Qué es ser proactivo en el trabajo? Gestion.org. 2018. [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en <https://www.gestion.org/que-es-ser-proactivo-en-el-trabajo/>
24. Cómo ser asertivo. wikiHow. [Fecha de acceso 27 oct 2018]. Disponible en <https://es.wikihow.com/ser-asertivo>
25. Comunicación y Asertividad. Platea.pntic.mec.es. [Fecha de acceso 3 oct 2018]. Disponible en <http://platea.pntic.mec.es/jolall1/smart/Asertividad.pdf>
26. Marina JA. La vulnerabilidad aprendida. *Pediatr Integral*. 2012;XVI(10):811-4.
27. Jiménez Alés R. Autocuidados en Pediatría. Aplicación práctica. Ponencia presentada al LXIII Congreso de la Sociedad de Pediatría de Galicia. 2012. [Fecha de acceso 27 oct 2018]. Disponible en <https://goo.gl/Bg253f>
28. Apego: Parentalidad Positiva. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Consejería de salud. Junta de Andalucía. [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en <http://si.easp.es/psiaa/apego-parentalidad-positiva/>
29. Grupo de Educación para la Salud. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud>
30. Jiménez Alés R, Navarro Quesada F. Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT). Citación en Consultas de Pediatría de Atención Primaria. Sevilla:

- Grupo de Trabajo Gestión de la Consulta. AndaPAP; 2018. [Fecha de acceso 29 oct 2018]. Disponible en <http://www.pediatrasandalucia.org/Pdfs/poe.pdf>
31. Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado. Boletín Oficial del Estado; n.º 130, (1-06-2011). [Fecha de acceso 27 de octubre 2012]. Disponible en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/res050511-tap.html#protocolo
 32. Álvarez de Laviada Mulero T, Martínez Pons M, Mínguez Verdejo R, Sebastián Barberan V, Serrano Poveda E, Suárez Vicent E, et al. Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de Atención Primaria. Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP); 2017. [Fecha de acceso 27 oct 2018]. Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/informe_gatpap.pdf
 33. Grupo de Trabajo de Temas Profesionales de la AEPap. Propuesta de mínimos exigible para la organización de una consulta de calidad en Pediatría de Atención Primaria. Madrid: AEPap; 2003. [Fecha de acceso 27 oct 2018]. Disponible en http://www.aepap.org/sites/default/files/pagina/archivos-adjuntos/calidad_800.pdf
 34. Buitrago Jiménez F. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. Editorial. Aten Primaria. 2001;27:217-9.
 35. Jiménez Alés R. Pediatría para usuarios: todo lo que tu pediatra no tiene tiempo de explicarte en la consulta. [Fecha de acceso 27 oct 2018]. Disponible en <http://alesmismo.wordpress.com>
 36. Jiménez Alés R, Martínez Rubio A. ¿Usas bien el sistema sanitario público? Familia y Salud. 2018. [Fecha de acceso 27 oct 2018]. Disponible en <http://www.familiaysalud.es/temas-sociales/relacion-con-nuestros-pacientes/organizacion-asistencial/usas-bien-el-sistema>