14º curso actualización pediatría 2017
AEPap

Viernes 17 de febrero de 2017
Taller:
Recursos para afrontar una consulta masificada

Moderador:
Francisco Javier Navarro Quesada
Pediatra. CS Lucano. Distrito Sanitario Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.

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. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 433-42.

Recursos para afrontar una consulta masificada

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. CS Lucano. Distrito Sanitario Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.
fnavarroquesada@gmail.com

"El resumen más triste de una vida contiene tres descripciones: 'podía haber', 'pudo haber', y 'debería haber'".

Louis E. Boone (1941-2005),
autor académico estadounidense

RESUMEN

Las condiciones en las que los Pediatras de Atención Primaria desarrollan su trabajo han cambiado durante los últimos años, fundamentalmente los problemas extra clínicos que debe enfrentar en su labor asistencial diaria.

La utilización desorganizada cuando no caótica de los servicios sanitarios, la pediatra-dependencia, la carga burocrática, las relaciones disarmónicas o inexistentes, con otros niveles asistenciales, con otros organismos, la relación con nuestros superiores, se están convirtiendo en uno de los principales problemas a los que enfrentarnos. Estas situaciones repercuten en la calidad asistencial que damos a nuestros pacientes. Perder el tiempo en atender problemas ocasionados por esta desorganización hace que lo echemos en falta para ayudar a pacientes que realmente lo necesitan.

Todo agravado cuando el profesional tiene déficits en el manejo de la comunicación asertiva, no maneja bien sus emociones en consulta y cae en la frustración llevado por las falacias de control por exceso y por defecto.

El taller tiene por objeto la toma de conciencia de que, todos estos problemas anteriormente mencionados pueden ser resueltos o paliados desde la **microgestión (MG)**. Para ello es necesario aprender a mantener una comunicación asertiva y a manejar sus emociones, lo que le permitirá usar a su criterio la multitud de herramientas que brinda la MG tendentes a que cada persona relacionada con la atención al paciente, asuma sus funciones.

Dos máximas describen esta actitud: "hazlo tú mismo, pues nadie lo hará por ti" y "que cada palo aguante su vela".

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La labor asistencial del pediatra de Atención Primaria. Competencias. Fortalezas y debilidades del modelo organizativo actual. Amenazas a la Pediatría de Atención Primaria

El pediatra de Antención Primaria (PAP) forma parte de la Pediatría de Atención Primaria Pública, entre cuyas funciones están la prevención y promoción de la salud, además de una atención a toda la patología biopsicosocial que afecta a la infancia y cuyas características han ido cambiando con el tiempo. Todo esto se puede llevar a cabo priorizando el destino de los escasos recursos, siendo el tiempo disponible en consulta uno de ellos, sin olvidar que dentro de la jornada laboral debe formarse, formar e investigar. Esto, al menos, es la teoría: una visión integral de la salud llevada a cabo por un auténtico Pediatra de Familia convertido en el referente de la atención a la infancia en la comunidad[1,2]. Sin embargo en los últimos años estamos asistiendo a un desmoronamiento progresivo de la Pediatría de Atención Primaria, mucho más evidente en las zonas rurales.

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 o no, generando grandes desigualdades en la atención según las zonas como se señala en el Proyecto de Desarrollo Estratégico para la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía[3] o en el Plan Estratégico de la AEP/ Propuestas de la AEPap[4].

Por otra parte, la mal entendida gratuidad del Sistema Sanitario Público lleva a demandar al hiperdemandante lo que en otras circunstancias conllevaría un coste. Coste que, en lugar de asumir él, deberá asumir el resto de la sociedad, en detrimento de otras potenciales inversiones con mayor impacto en salud.

Por último, el pediatra no ha sabido o no le han dejado hacerse un hueco en la Atención Primaria. Simplemente se ha convertido en un "quita-niños", al que se le echa de menos cuando no está pero al que, en la mayoría de los foros, se le considera "prescindible". 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 a cuyo cupo, en situación de escasez, se le niegan primero los recursos.

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 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[3-6].

Ante esta situación, que parece inamovible, existe una manera de sobrevivir: cultivar la microgestión 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, sin perder la perspectiva de que trabajamos ante todo para mejorar la salud infantil.

CONCEPTO DE MICROGESTIÓN

La microgestión (MG) es el conjunto de actuaciones, a realizar por el profesional, encaminadas a gestionar la propia consulta y que debería, en su mayoría, llevar a cabo la empresa. Estas actuaciones respetan la normativa legal vigente y buscan rentabilizar el tiempo disponible, haciendo que cada 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.

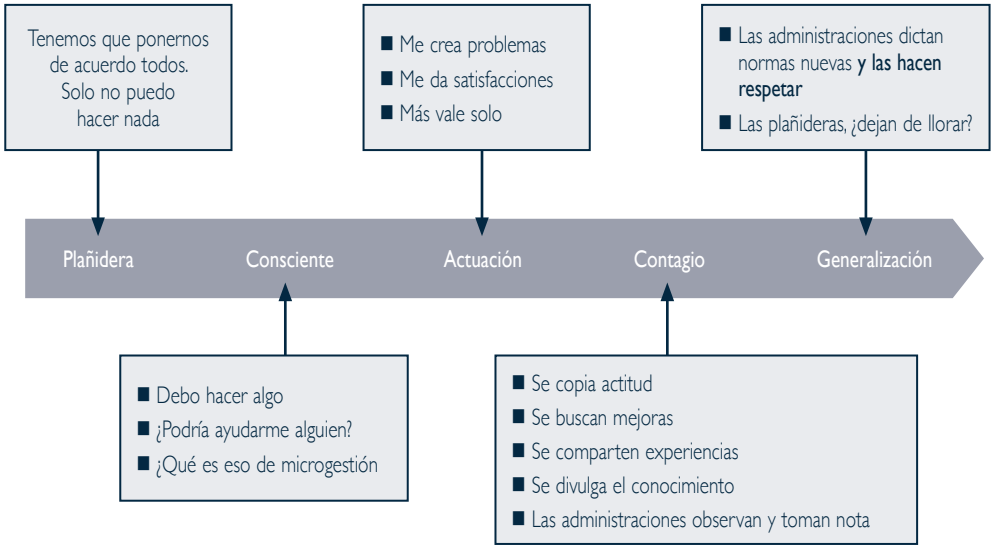
La MG entraña una actitud proactiva. Esto es, llevar a cabo una iniciativa responsable que fundamentalmente prevenga y, cuando no sea posible, resuelva o palie los problemas del día a día con los que otros nos sobrecargan. En otras ocasiones son los propios profesionales de la Pediatría quienes con sus actitudes se sobrecargan al inducir una pediatra-dependencia[7] tanto de la familia, como de otros profesionales del ámbito de la sanidad o ajenos a ella, que va a contribuir a la masificación de la consulta.

La MG requiere el empleo de una comunicación asertiva, con la que pueda decir "sí" cuando es necesario, tanto como decir "no" cuando el caso lo requiere, sin plegarse pasivamente a las demandas que se nos plantean cuando estas son perjudiciales para nuestros pacientes o simplemente nos hacen perder tiempo sin buscar el beneficio para él.

De igual modo, es necesario adquirir habilidades emocionales que permitan deshacerse de la falacia de control[8] por exceso como por defecto. La primera, suele elevar el cociente de frustración[9] del usuario cuando no respondemos a las expectativas que ante ellos asumimos. La segunda eleva nuestro propio cociente de frustración, ya que esperamos sin éxito que alguien arregle el sistema sin que nos impliquemos en el cambio.

La MG, por tanto, no es un intento de consensuar actuaciones, ni pretende ser una revolución general. No es algo que pueda imponerse ni una solución universal. 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).

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



Lo que sí busca, es elevar la autoestima del profesional, haciéndose valer dentro y fuera de la empresa, ayudándole 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. Pensamos que todo ello contribuirá al control de la demanda, previniendo o paliando la situación de masificación y evitará caer en el síndrome del médico quemado.

Muchas sociedades científicas han hecho propuestas sobre cuáles serían los mínimos que debería cumplir una consulta de calidad en Atención Primaria[10]. Estos documentos hacen referencia, por ejemplo, a cuáles deberían ser los cupos máximos en Pediatría. La MG pone encima de la mesa estas propuestas, pero va más allá: está bien saber que el cupo máximo en Pediatría debiera ser de 1000, pero, si tenemos 1340, ¿qué hacer para que desdoblen 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[11-14], una vez que nazca en él la idea de "si no lo hago yo, nadie lo hará por mí".

El principal enemigo para el cambio somos nosotros mismos. Nos hemos acomodado y no hacemos nada eficaz para cambiar la situación, esperando que compañeros, sindicatos o asociaciones resuelvan la papeleta. Adoptamos 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 los propios usuarios en conjunción con otras administraciones, entidades privadas y el resto de compañeros. Y esto lo hacemos, a pesar de reconocer que esta cartera es absurda, y que dejamos 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

Continúa en pág. siguiente ▸

◂ Continuación de pág. anterior

Sí	No
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 e-*mail*	Iatrogenia 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 guarde, 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.

PROBLEMAS QUE ABORDA LA MICROGESTIÓN

La microgestión aborda todos los problemas que impiden el buen funcionamiento de la consulta y llevan a una hiperdemanda. Cualquiera que nos reste tiempo para llevar a cabo las actividades de prevención y promoción de la salud y la atención a los problemas de salud de nuestros pacientes, así como formarnos, formar e investigar. Para ello usará una serie de herramientas que se expondrán a lo largo del taller. Algunos de los problemas a abordar son:

La pediatra-dependencia[7] autoinducida

Generalmente, como cualquier trabajador, el pediatra se queja constantemente de la gran demanda que debe afrontar todos los días y sobre todo se queja de un tipo de demanda: la demanda que consideramos inmotivada, bien porque podría solucionarla otro profesional en cuya área de competencias está incluida ese tipo demanda, bien porque se trata de algo completamente banal que no sería motivo de consulta en un sistema en el que el mal uso estuviese penalizado, bien porque ha llegado a nosotros en el día y el momento menos adecuado. Pero gran parte de esta demanda es autoinducida. En ocasiones derivada de una inseguridad científico-técnica que lleva a citar una y otra vez al paciente para asegurar que "todo va bien" y en ocasiones derivada de un paternalismo que hace que se asuma un papel que debiera tener la familia: la observación de la evolución normal de un proceso agudo. En esta situación la familia cede al pediatra, que lo asume, el papel de interpretar las toses, el color de los mocos o las cacas, así como la decisión de si ante un proceso banal, el paciente faltará al colegio, durante cuánto tiempo y cuando será el momento exacto de la reincorporación.

Esta es una forma de la **falacia de control por exceso,** que podría definirse como la creencia de que cae bajo nuestra responsabilidad determinadas actuaciones de las que en absoluto lo somos, y abarca lo descrito para con la familia, como para con otros organismos o profesionales (realizar técnicas de enfermería, asumir controles de enfermería, llevar a cabo labores de control del absentismo escolar, intervenir en las disputas en casos de padres divorciados, llamar por teléfono para conseguir una cita), en muchas ocasiones pasando de la excepcionalidad que pudiera requerirse en alguna ocasión, a la cotidianeidad que hace perder un tiempo precioso.

El principal instrumento para abordar este problema es la formación científico-técnica que debe acompañarse de habilidades emocionales que nos liberen de ese sentimiento paternalista que nos lleva a anular la responsabilidad de los padres, y una comunicación asertiva[15,16] que indique claramente a la familia qué debe observar, qué medidas ha de tomar, tanto clínicas como administrativas, y en qué casos debe volver a consultar.

La demanda inducida por las unidades administrativas

En relación con este tema, el sentimiento que suele cundir entre los pediatras es la "desesperanza" cuando no la "desesperación". No hay nada que hacer. No somos sus jefes y no podemos decirles como nos gustaría que hiciesen las cosas.

Si bien es cierto que no podemos decirles cómo deben ser las cosas, sí que podemos indicarles cómo nos gustaría que fuesen. Dicho de otra forma, nos dejamos llevar por la **falacia de control por defecto**, que puede definirse como la creencia de que hay cosas que están en absoluto fuera de nuestro control y que, por tanto, no podemos hacer nada por cambiar. Sin embargo, hay muchas cosas que podemos cambiar: la actitud en estas unidades, el nivel de educación para la salud en nuestro propio cupo, la pasividad de los padres ante el mal funcionamiento del sistema o ante las actitudes de los "abusuarios" *.

En relación a las unidades administrativas, podemos indicarles una serie de consejos tendentes tanto a evitarles problemas a ellos, como a organizar de forma adecuada la entrada a nuestra consulta. El principal problema en este punto es el uso inadecuado de la palabra urgencia, no ya por los usuarios, sino por administrativos o celadores.

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. Por el contrario, si a todo el que de entrada pide cita, se le oferta la primera cita disponible sin comentarios acerca de lo cercana o lejana que queda, muchos aceptarán esa cita y solo algunos dirán que quieren ser vistos ya. Para este tipo de usuarios, mejor que emplear la palabra urgente, es emplear las palabras "sin cita", pues es la situación real que deberán abordar en la sala de espera,

*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, etc.

evitando en todo momento crearles falsas expectativas de que serán atendidos por delante de personas que aguardan a ser vistos **desde el momento en que solicitaron cita** (es decir, todos los citados esperan desde antes del "sin cita"). Estas mal inducidas falsas expectativas dan lugar a elevados **cocientes de frustración,** que son el germen de la agresividad que muchas de estas familias muestran hacia el resto de 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 de las expectativas y los logros. También este cociente hay que aplicarlo a nuestros usuarios y a nosotros mismos: cuanto más esperemos y menos obtengamos, nuestro cociente tenderá a subir, y, por tanto, nuestra frustración y nuestro estrés. Otro tanto les ocurre a nuestros pacientes cuando esperan de nosotros soluciones que no les proporcionamos, bien por no ser de nuestra competencia, bien por no disponer de los medios adecuados.

La demanda inducida por otras administraciones

Referida fundamentalmente a la emisión de diversos papeloides, injustificables y certificoides. Intentemos definir términos tan "ocurrentes".

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 enyesada. No parece necesaria la intervención del pediatra para que el profesor pueda indicar a un alumno que se marea que se siente o permitir que alguien que tiene disnea, use su inhalador, o el que tiene una urgencia fisiológica vaya al cuarto de baño. También son papeloides aquellos en los que supuestamente se nos hace asumir una responsabilidad que obviamente es de otro: un papel mediante el cual asumamos la responsabilidad de lo que ocurra en una excursión, etc.

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.

La demanda inducida por compañeros del centro, otros niveles asistenciales y los jefes

En este apartado queremos hacer notar la importancia que tiene para la gestión de la demanda el hacer saber al resto de actores del Sistema Sanitario Público que no somos peones que explotar o sacrificar, ni amanuenses.

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 perder media mañana al teléfono pidiendo favores, pero nosotros debemos atender a nuestros pacientes, formarlos, empoderarlos y hacer que cada uno asuma su responsabilidad, a fin de poder asumir, sin flaquear, la propia.

También debemos dejar claro a otros niveles que somos nosotros el principal actor y responsable de la atención a nuestros pacientes. Somos nosotros los que trabajamos en el nivel "primario" de la atención y son ellos los que,

a nuestra petición, intervendrán desde los bien denominados, pero mal entendidos, niveles "secundarios" o "terciarios". 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. Esto es, son los niveles secundario y terciario los que están a las órdenes del primario y no al revés.

Por último, está la masificación ocasionada por los jefes. Solo un comentario: es una forma de acoso laboral[17] el obligar al trabajador a realizar su trabajo sin proporcionarle los medios necesarios. 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 red o a atender a un paciente sin tiempo, especialmente si se nos reprende en público o se pone en duda nuestra profesionalidad. Tal vez sea difícil explicar por qué se cita a cuatro personas a la misma hora para ser vistas en cinco minutos en ausencia de una situación catastrófica.

METODOLOGÍA

Seguiremos un guión que aborde los problemas a los que nos hemos de enfrentar, siguiendo un análisis DAFO.

El primer problema a atender son nuestras propias **fortalezas y debilidades**, haciendo un *autoanálisis*. Conociendo las propias debilidades y fortalezas podremos emprender acciones para atenuar las primeras y potenciar las segundas. En algunas consultas el principal problema no viene del exterior, sino del "estilo" personal con el que se afronta la consulta, máxime cuando no somos conscientes de que es ese estilo lo que nos genera problemas y no que el resto del mundo esté confabulado contra nosotros.

Un aspecto que hay que potenciar sin duda es la *inteligencia emocional*. Separar lo profesional de lo personal es fundamental para llevar a cabo la microgestión. Tratar a los usuarios como 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 de entrada que es muy mala idea ser el pediatra de tus hijos o el médico de tu familia.

Otro aspecto a cultivar es el de la asertividad[15,16]. Ser asertivo se encuentra justo en medio de ser pasivo y ser agresivo a la hora de resolver una situación conflictiva en la consulta. Si eres pasivo, nunca podrás expresar tus necesidades y te plegarás a cualquier petición por injustificada o irracional que sea, venga de un usuario, venga de un "compañero", venga de otra administración o venga de tus jefes (generalmente de forma verbal). Esta forma de ser nos sitúa de entrada en el cuadrante pierdo/ganas, aunque a la larga y por la masificación y mala gestión de la consulta, nos habremos situado en el cuadrante pierdo/pierdes, arrastrando con nosotros a nuestro cupo. Por otro lado, si eres agresivo, te verás y te verán como un "matón" y, probablemente, dirigirás tus frustraciones de la manera equivocada. Te opondrás a todo y a todos, situándote probablemente en el cuadrante pierdo/pierdes, aunque inicialmente creas situarte en el gano/pierdes. Sin embargo, si eres asertivo, podrás expresar tus deseos y al mismo tiempo respetar las necesidades de los demás, lo que te dará una mejor oportunidad de obtener lo que quieres y mereces, al tiempo que los demás obtienen también beneficios una vez se reoriente la forma adecuada de obtenerlos o se haga tomar consciencia de que lo que se pretende es contraproducente. Te habrás situado en el cuadrante gano/ganas.

Una vez tomada consciencia de "qué tipo de profesional somos", de nuestras fortalezas y debilidades, habrá llegado el momento de afrontar los problemas más habituales en la consulta, adecuando las herramientas ofertadas a nuestras propias habilidades para usarlas.

Realizado este primer análisis, llega el momento de valorar las **oportunidades y amenazas** que vienen del exterior, completando el análisis DAFO.

Algunas amenazas pueden venir desde la propia condición de los usuarios, como hiperdemandantes o hiperfrecuentadores. En otras ocasiones esa amenaza viene de

compañeros, jefes u otras administraciones en forma de consultas innecesariamente inducidas o expectativas irreales inducidas. Las principales oportunidades vienen a través de la adecuada gestión de reclamaciones, tanto de las que se dirigen contra nosotros, y para las que debemos elaborar un informe en el que situemos las expectativas irreales que la motivaron y las soluciones factibles a poner en práctica, como de las que van en contra de la administración y que no son sino una forma de que el usuario ponga de manifiesto que funciona mal en el sistema y cuáles son las expectativas, basadas en sus derechos reales y reconocidos legalmente, a las que los gestores deben dar respuesta.

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, debemos afrontarlos individualmente y compartirlos 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 con nosotros herramientas para solucionarlos, para paliarlos o para asumirlos como irresolubles. El taller, por tanto, busca compartir experiencias y aprender juntos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bras i Marquillas J. Dar peces y enseñar a pescar. ¡Cuánto trabajo, madre mía! Aten Primaria. 2005;36: 64-70.

2. Bras i Marquillas J. También existe la Pediatría de "los niños con una cabeza". Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:15-6.

3. Proyecto de Desarrollo Estratégico para la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucia. Escuela Andaluza de salud Pública. Consejería de Salud. [Fecha de acceso 14 nov 2016]. Disponible en http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/ProyectoDesarrolloEstrategicoPApa.pdf

4. Plan Estratégico de la AEP. Análisis y propuestas de la Pediatría de AP. Propuestas de AEPap (abril 2010). [Fecha de acceso 8 Ago 2010]. Disponible en http://www.aepap.org/pdf/aportacion_AEPap.pdf

5. 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.

6. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión. 2002;8:115-32.

7. Jiménez Alés R. La Pediatra-dependencia y la limitación de la calidad de la asistencia. Pediatr Integral. 2011;XV(14):97-100.

8. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. La falacia de control [1-Abril-2009] [Fecha de acceso 14 nov 2016]. Disponible en http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2008/03/la-falacia-de-control.html

9. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. Y en el principio fue... el Cociente de Frustración. [1-Abril-2009] [Fecha de acceso 14 nov 2016].

Disponible en http://mimagnificopediatra.blogspot.com/2009/04/y-en-el-principio-fue-el-cociente-de.html

10. Buitrago Jiménez F. Editorial. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. Aten Primaria 2001;27:217-9.

11. Propuesta de mínimos exigibles para la organización de una consulta de calidad en Pediatría de Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Temas Profesionales de la AEPAP. Diciembre 2003. [Fecha de acceso 22 nov 2012]. Disponible en http://www.aepap.org/pdf/

12. Jiménez Alés R. Pediatría y Familia. [Fecha de acceso 18 nov 2012]. Disponible en http://www.netvibes.com/alesmismo

13. Jiménez Alés R. Pediatría y Salud [blog en internet]. [Fecha de acceso 26 dic 2016]. Disponible en http://mimagnificopediatra.blogspot.com/

14. Jiménez Alés R. Pediatría para usuarios: todo lo que tu pediatra no tiene tiempo de explicarte en la consulta [blog en internet]. [Fecha de acceso 26 dic 2016]. Disponible en http://alesmismo.wordpress.com

15. Como ser asertivo: 47 pasos (con fotos) – wikiHow. [Fecha de acceso 15 nov 2016]: Disponible en http://es.wikihow.com/ser-asertivo

16. Comunicación y Asertividad. [Fecha de acceso 15 nov 2016]. Disponible en http://platea.pntic.mec.es/jolall1/smart/Asertividad.pdf

17. 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. [Fecha de acceso 15 nov 2016]. Disponible en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/res050511-tap.html#protocolo