

# Tensiones, malestares y posición institucional de los profesionales de atención primaria

## *Institutional position of primary care physicians: dissatisfaction and tensions*

Almudena Alameda Cuesta

Diplomada en Enfermería, Licenciada en Antropología Social y Cultural, Profesora colaboradora, Departamento de Enfermería, Obstetricia y Ginecología, Pediatría y Psiquiatría, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)



[www.siicsalud.com/dato/arsic.php/122908](http://www.siicsalud.com/dato/arsic.php/122908)

Actualizado por la autora, [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): 1/7/2015

Enviar correspondencia a: Almudena Alameda Cuesta, Dpto. Estomatología y Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Avda. Atenas s/n (28922), Alcorcón, Madrid, España  
[almudena.alameda@urjc.es](mailto:almudena.alameda@urjc.es)



+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

### Abstract

**Background:** *The conflicts that emerged during the implementation of the Spanish Health Reform in the eighties have deeply influenced the creation and consolidation of primary health care teams. The structure of these teams was poorly defined from the outset, a situation that continues in the present and causes confrontation within the trade and a deep sense of institutional unease. With this situation as backdrop, the study aims at exploring the vocational and institutional dissatisfaction experienced by primary health care professionals.* **Subjects and methods:** *This qualitative study is based on a socio-subjective approach. Eight qualitative in-depth interviews have been conducted with primary health care physicians and the resulting data was analyzed from a pragmatic perspective.* **Results and discussion:** *The figure of the primary health care physician is being pulled in different directions by contradictory institutional and professional rationales: care versus financial management, a traditional care model versus a primary health care model, and the physician's role as knowledge repository versus caregiver. This juxtaposition of contrary interests generates high levels of vocational dissatisfaction.*

**Key words:** primary health care, qualitative research, physicians, primary care, burnout, professional, job satisfaction

### Resumen

**Introducción:** Los conflictos relacionados con la implementación de la reforma sanitaria española en la década de 1980 impregnaron profundamente los procesos de construcción y consolidación de los equipos de atención primaria. Éstos arrastran desde su nacimiento una indefinición estructural que, aun en el momento actual, es una fuente de conflicto interprofesional y de malestar institucional para los profesionales sanitarios. **Objetivo:** Explorar las experiencias de malestar profesional e institucional de los profesionales de la medicina que desarrollan su labor en el ámbito de la atención primaria de la salud. **Sujetos y métodos:** Estudio cualitativo, basado en una aproximación sociosubjetiva, a través de entrevistas en profundidad (ocho entrevistas a médicos de atención primaria de la Comunidad de Madrid). El material discursivo se analizó desde una perspectiva pragmática. **Resultados y discusión:** La figura del médico de atención primaria se encuentra en la intersección de lógicas profesionales-institucionales contradictorias: entre la lógica de la asistencia y la lógica de la gestión; entre el modelo de atención primaria y el modelo asistencial clásico, y entre el papel del profesional de la medicina como poseedor de saber y su papel como proveedor de servicios. El cruce de estas líneas de tensión en la figura del médico de atención primaria genera niveles altos de malestar profesional.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, investigación cualitativa, médicos de atención primaria, agotamiento profesional, satisfacción en el trabajo

### Introducción

#### *De la reforma sanitaria a la situación actual: la configuración de la atención primaria en España*

La crisis económica global de la década de 1970, que marcó el inicio de la decadencia del llamado Estado del bienestar, sumada a una creciente tendencia a cuestionar la validez del paradigma biológico individual de la enfermedad, tuvo consecuencias directas en la configuración de los sistemas de salud en España. La reducción de los recursos destinados a la cobertura de la salud desde el sector público llevó a la revisión del funcionamiento de los sistemas sanitarios en términos de eficacia y eficiencia, comprobando la insostenibilidad económica de un sistema caracterizado por el aumento exponencial de los gastos sanitarios, debido al incremento progresivo de la cobertura sanitaria, el envejecimiento de las poblaciones y la introducción de alta tecnología. Esta crítica económica abrió la puerta a la implementación de nuevos modelos de gestión, inspirados en el modelo de la empresa privada. Paralelamente, cobró fuerza una corriente crítica

con la ideología biomédica y asistencial imperante. Esta crítica abarcaba tanto la práctica médica y sus posibilidades reales de satisfacer las necesidades de salud de la población, como la insuficiencia de un concepto de enfermedad basado únicamente en un paradigma biológico e individualista. Estos nuevos planteamientos, de corte salubrista, destacaban la importancia de los fenómenos sociales en la génesis de la enfermedad, y la necesidad de que las estrategias de atención de la salud tuvieran un enfoque comunitario capaz de incorporar estos determinantes sociales.

Estas tendencias se consolidan en la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud organizada por la Organización Mundial de la Salud en 1978, en la ciudad soviética de Alma Ata. En la Declaración de Alma Ata<sup>1</sup> se insta a los gobiernos a "iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores", definiendo la atención primaria de salud en los términos sociales y comunitarios antes mencionados, y destacando su importancia como primer eslabón de la asistencia sa-

nitaria *"al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar"*.

Lógicamente, la organización sanitaria española también se vio influida por estas nuevas líneas, lo que se tradujo en la reforma sanitaria iniciada por el Partido Socialista Obrero Español en la década de 1980. En esta reforma podemos distinguir dos etapas fundamentales:<sup>2</sup> una primera etapa de gran contenido ideológico, marcada por conceptos procedentes de la salud pública y acorde con el mantenimiento de un Estado del bienestar, y una segunda etapa de contenido fundamentalmente pragmático y económico, centrada en planteamientos neoliberales de búsqueda de máxima eficiencia.

Los cambios iniciados en los años ochenta convulsionaron las relaciones de poder entre los distintos grupos corporativos implicados en la sanidad española. Si hasta la década de 1970 la organización sanitaria se había caracterizado por una burocracia débil, que delegaba el poder en manos de los profesionales de la medicina, la llegada de la democracia y el surgimiento de nuevas elites políticas y administrativas modificaron profundamente esa distribución, lo que se tradujo en una pérdida sustancial de poder por parte del colectivo médico. Del mismo modo, la orientación ideológica asistencial y clínica, sostenida por la mayor parte de los profesionales de la medicina, se vio amenazada por los nuevos planteamientos, caracterizados por el protagonismo de la salud pública, la prevención y la promoción de la salud. La adjudicación de nuevas competencias a grupos profesionales como la enfermería, hasta entonces subordinados a la profesión médica, así como el cambio de consideración del "paciente" (pasivo, enfermo, que acata de forma sumisa las órdenes médicas) hacia un concepto de "usuario" (activo, enfermo o sano, con derechos que deben ser respetados y garantizados por los miembros de la institución) también colaboraron a debilitar la hegemonía médica en el sistema sanitario. Todos estos aspectos contribuyeron a que las organizaciones médicas colegiadas asumieran un importante papel político en la oposición a las reformas iniciadas por el gobierno del país.

Este turbulento panorama hizo tremendamente complicadas las negociaciones para la implementación de los cambios ideológicos, estructurales y organizativos, provocando que la reforma tuviera un alcance mucho menor de lo que inicialmente se pretendía. Por ejemplo, el Real Decreto 137/1984,<sup>3</sup> por el que se crean los Centros de Salud (dentro del paradigma gestado en Alma-Ata, que considera la atención primaria de salud el centro del sistema sanitario), mantiene un nivel de ambigüedad que permite que las funciones asistenciales se mantengan como prioritarias, relegando a un segundo plano las funciones de prevención y promoción. La propia Ley General de Sanidad de 1986,<sup>4</sup> que aglutina las líneas maestras de la reforma sanitaria española, queda redactada de un modo tan genérico que dificulta su operación, haciendo que los grandes principios que allí aparecen queden desterrados de la práctica sanitaria cotidiana.

Los equipos de atención primaria en España arrastran desde su nacimiento una indefinición estructural,<sup>5</sup> que tiene como consecuencia la instalación preeminente del conflicto sanitario de los años ochenta en la cotidianeidad de la organización.<sup>6</sup> Es en el interior de los centros sanitarios donde se viven con mayor virulencia las pugnas mantenidas entre los distintos grupos profesionales, y entre éstos con la administración. En el contexto de los Centros de Salud, protagonistas de la reforma, conviven

distintas culturas organizativas de difícil compatibilidad, lo que genera importantes tensiones entre los profesionales sanitarios, configurando unas dinámicas viciadas que han terminado por convertirse en parte sustancial del funcionamiento de muchos Centros de Salud.

Aunque la mayor parte de los profesionales de la salud asumieron una actitud más o menos conservadora frente a los cambios que supuso la reforma, algunas minorías profesionales se incorporaron a ella de forma militante, impregnados de la politización general de la sociedad española tras la dictadura de Francisco Franco, haciendo de la construcción de un sistema nacional de salud, caracterizado por la equidad y la solidaridad, y basado en la prevención y promoción de la salud de la comunidad, un compromiso personal. No obstante, la realidad cotidiana de la organización continuaba siguiendo un modelo fundamentalmente asistencial e individualista, en el que los ejes de la atención primaria de salud (programación, trabajo en equipo y participación comunitaria) perdían su sentido. Incluso la recién creada especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria mantenía una orientación eminentemente asistencial, en la que el enfoque comunitario, o el concepto de salud integral, no aparecían más que como referentes teóricos que no conseguían modificar sustancialmente las prácticas profesionales concretas.

Los usuarios, por su parte, continuaban demandando lo que el sistema sanitario les había ofrecido hasta el momento, asistencia individual a la enfermedad, por lo que las actividades de prevención y promoción tampoco encontraron en la población un apoyo significativo. Así, en los Centros de Salud se creó una situación de malestar profesional permanente, generada, en unos casos, por la añoranza del modelo anterior, y en otros, por la frustración ante la imposibilidad de llevar a la práctica los ejes directores de la atención primaria de salud.

A finales de los años ochenta, la reforma ideológica quedó estancada, asumiendo el protagonismo la reforma pragmática. La necesidad de contener el creciente gasto sanitario facilitó la introducción de cambios organizativos orientados por una racionalidad económica basada en los modelos de gestión de la empresa privada. En este nuevo modelo, que cristaliza en las propuestas del Informe Abril del año 1991,<sup>7</sup> tanto la administración central como las autonómicas se convierten en financiadores, las áreas de salud en compradores de servicios, los profesionales y centros sanitarios en proveedores, y los usuarios en clientes. La red sanitaria pública pasa, de este modo, a ser un proveedor más, que debe entrar en competencia con otros proveedores de la sanidad privada. Este modelo de gestión, fortalecido por diversos intereses políticos y empresariales, está favoreciendo el debilitamiento progresivo de la red sanitaria pública (sobre todo en los últimos años y en algunas comunidades autónomas) a favor de un floreciente sector privado. En el momento actual, con la grave situación económica que atraviesan la mayor parte de los países occidentales, esta tendencia se está convirtiendo en la vía de escape para unos gobiernos incapaces de sostener el gasto sanitario.

### ***Sobre los objetivos y el alcance de la investigación***

El trabajo que aquí se presenta forma parte de una investigación más amplia, centrada en las formas subjetivas de apropiación del llamado discurso biomédico por parte de los profesionales médicos de atención primaria,<sup>8,9</sup> en relación con el fenómeno de la hiperfrecuentación de los servicios de salud. Esta investigación fue realizada para la

obtención del diploma de Estudios Avanzados; debido a su carácter académico, el alcance del presente estudio es limitado y sus resultados deben ser entendidos como preliminares. Los objetivos iniciales de la investigación fueron los siguientes:

- Estudiar los significados y categorías que los profesionales médicos de atención primaria construyen en torno a la hiperfrecuentación.

- Analizar las consecuencias prácticas de esos significados y categorías (respuestas para dar salida a las demandas de las personas hiperfrecuentadoras, formas de interacción, etcétera).

- Describir las distintas conceptualizaciones que los profesionales elaboran acerca de la salud, la atención sanitaria y la identidad profesional, puestas de manifiesto a partir de la problemática de la hiperfrecuentación.

No obstante, en el transcurso del trabajo empírico en relación con el fenómeno de la hiperfrecuentación, se detectó otra problemática diferente, que atravesaba y condicionaba de forma determinante los discursos de los sujetos de estudio: el malestar de los profesionales de la medicina en el ámbito de la atención primaria de salud. Por ello, se formuló un nuevo objetivo: explorar las experiencias de malestar profesional e institucional de los profesionales de la medicina que llevan adelante su labor en el ámbito de la atención primaria de salud. Es sobre este último objetivo sobre el que se centra el presente artículo.

## Sujetos y métodos

Estudio cualitativo, realizado desde una perspectiva socio subjetiva, basada en una noción de sujeto intrínsecamente social, alejada de una aproximación individualista o que considere lo social como algo externo a los propios sujetos. La categoría sujeto es un lugar de condensación y articulación de las condiciones objetivas de existencia, las trayectorias, las relaciones sociales, las imágenes de sí, y la reflexividad respecto de todo ello. Como herramienta de recolección de datos se ha utilizado la entrevista en profundidad, por ser el instrumento más apropiado para la exploración de la subjetividad.<sup>10</sup>

Al plantearse inicialmente el fenómeno de la hiperfrecuentación como centro de interés, se eligió a los profesionales de la medicina como sujetos de estudio, por su lugar clave en la construcción-legitimación de la enfermedad como entidad reconocida y reconocible a nivel clínico, burocrático-administrativo y social. Se escogió el ámbito de la atención primaria por ser el primer escalón de la atención sanitaria, y el que absorbe en mayor medida las demandas a causa de malestares inespecíficos que pueden generar situaciones de hiperfrecuentación por parte de los usuarios.

Aunque el muestreo se realizó fundamentalmente según criterios de conveniencia, se intentó que las personas entrevistadas presentaran la mayor diversidad posible en lo que respecta a las siguientes variables:

- Sexo. La relación médico-paciente se asienta sobre una asimetría basada en el conocimiento (el médico sabe, el paciente no), pero también en el género (figura médica tradicionalmente masculina).

- Edad. Marca diferencias en el tipo de formación recibida, haber participado o no en los movimientos que promovieron la salud comunitaria y el desarrollo de la atención primaria en España, la presencia de estereotipos de género más o menos marcados, una determinada relación con el trabajo y con las tareas de mantenimiento

institucional, diferentes momentos en la trayectoria profesional y personal.

- Tener o no la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria: la asunción de los referentes teóricos de la especialidad puede influir sustancialmente en el tipo de abordaje que los profesionales adoptan a la hora de tratar los malestares de las personas hiperfrecuentadoras y en las relaciones que establecen con ellas.

- Características sociodemográficas de la población de referencia. Aspectos estructurales como la edad, la clase social o el nivel económico y educativo de la población de referencia del Centro de Salud definen en gran medida el perfil de la demanda que los usuarios presentan, así como las posibilidades de abordaje clínico de sus diversos malestares.

Durante los meses de mayo a julio de 2006 se realizaron ocho entrevistas a médicos de ambos sexos de atención primaria de la Comunidad de Madrid (Tabla 1), con una duración de 60 a 120 minutos. El guión utilizado para la realización de las entrevistas, a pesar de estar centrado fundamentalmente en cuestiones relacionadas con la hiperfrecuentación, resultó un instrumento efectivo para favorecer la producción del discurso en relación con los malestares profesionales-institucionales experimentados por las personas entrevistadas. El contacto con los sujetos entrevistados se realizó a través de terceras personas relacionadas con éstos de un modo más o menos cercano, solicitando su consentimiento a ser entrevistados para una investigación sobre la utilización de los recursos sanitarios en la Comunidad de Madrid.

Todas las entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción (previa aceptación de las personas entrevistadas y garantía de confidencialidad por parte de la entrevistadora), salvo una de ellas en la que la persona entrevistada no dio el consentimiento para la grabación. Dicha entrevista fue reconstruida posteriormente a partir de las notas de la entrevistadora. La transcripción fue realizada por la misma persona que realizó las entrevistas y el análisis e interpretación del material discursivo. Para salvaguardar el anonimato de las personas entrevistadas se modificaron u omitieron todos los nombres propios, incluidos los topónimos y los nombres de las instituciones sanitarias.

Se realizó un análisis sociológico del discurso,<sup>10</sup> desde una perspectiva pragmatista,<sup>11</sup> planteando la situación de entrevista en términos etnográficos y considerando los discursos como un tipo de práctica que debe tratarse en tanto que enunciado y enunciación. El análisis se desarrolló desde un doble foco:

- Particular, intentando plasmar de un modo detallado las formas en que las condiciones objetivas atraviesan a los sujetos, así como las prácticas y relaciones reflexivas que éstos despliegan, con todas las contradicciones, titubeos y dobles vínculos que se visibilizan al colocar al sujeto como centro de interés.

- Relacional, para explicar la articulación de los distintos casos particulares entre sí, en la línea de lo que Bourdieu llamaría "*un espacio de puntos de vista*".<sup>12</sup> Para ello se han utilizado dos ejes analíticos, la adaptación institucional y la asunción del modelo de atención primaria, cuyas características definitorias se muestran en la Tabla 2. La Figura 1 ilustra las distintas posiciones en las que podemos situar a los sujetos entrevistados a partir de ambos ejes.

No se fijó como horizonte analítico la saturación de los discursos,<sup>13</sup> por entender que, desde esta perspectiva

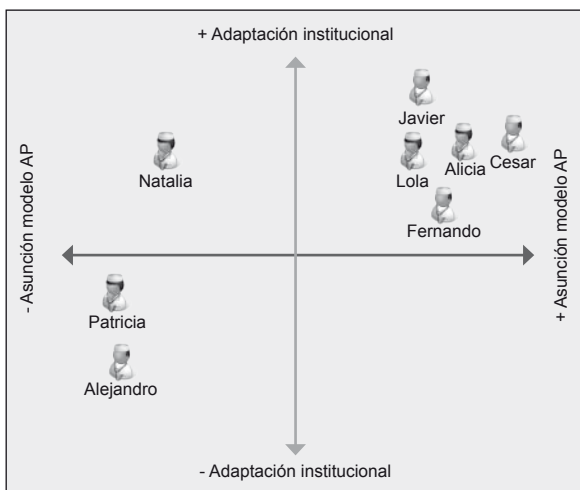
**Tabla 1.** Características de las personas entrevistadas y su contexto laboral.

Nombre*	Sexo	Edad	Especialidad medicina familia	Años en atención primaria	Zona centro de salud	Características zona básica de salud
Lola	Mujer	61	Sí	20	Madrid Capital (Zona Norte)	Clase social media Población envejecida
Fernando	Varón	36	Sí	6	Municipio Sur Metropolitano	Clase social baja Población joven
César	Varón	55	Sí	26	Municipio Sur Metropolitano	Clase social media Población joven
Alejandro	Varón	62	No	¿?	Municipio Sur Metropolitano	Clase social media Población joven
Alicia	Mujer	45	Sí	18	Municipio Sur Metropolitano	Clase social media Población joven
Natalia	Mujer	46	No	15 (siempre como suplente)	Madrid Capital (Zona Sur)	Clase social baja Población envejecida
Patricia	Mujer	50	No	17	Municipio Sur Metropolitano	Clase social baja Población joven
Javier	Varón	40	Sí	12	Municipio Oeste Metropolitano	Clase social alta Población joven

\*Los nombres de las personas entrevistadas son ficticios.

**Tabla 2.** Características definitorias de los ejes de análisis.

	-	+
EJE 1: Adaptación institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actitud hipercrítica o boicoteadora hacia la gerencia de atención primaria.</li> <li>No acepta interferencias por parte de la gerencia en la organización de la agenda de citas.</li> <li>Cuestiona la validez de las personas que organizan y gestionan la institución.</li> <li>Cuestiona la validez y aplicabilidad del sistema de atención primaria de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actitud colaboradora con la gerencia de atención primaria.</li> <li>Acepta interferencias por parte de la gerencia en la organización de la agenda de citas.</li> <li>No cuestiona la validez de las personas que organizan y gestionan la institución.</li> <li>Considera que el sistema de atención primaria de salud es válido y aplicable, aunque se pueda mejorar.</li> </ul>
EJE 2: Asunción del modelo de atención primaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Énfasis en la enfermedad.</li> <li>Enfoque biologicista exclusivo.</li> <li>El foco de interés es el individuo.</li> <li>Estructura organizativa vertical, jerarquizada.</li> <li>La profesión médica como cúspide de la estructura.</li> <li>Las decisiones en salud las toman los profesionales sanitarios.</li> <li>Paciente como receptor pasivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Énfasis en la salud más que en la enfermedad.</li> <li>Enfoque holístico</li> <li>El foco de interés es el individuo-familia-comunidad.</li> <li>Estructura organizativa horizontal.</li> <li>Trabajo en equipo multidisciplinario.</li> <li>La comunidad participa en la toma de decisiones en lo que respecta a su salud.</li> <li>Usuario activo, con derechos que hay que respetar.</li> </ul>



**Figura 1.** Mapa posicional de los sujetos entrevistados en función de los ejes de análisis. AP, atención primaria.

sociosubjetiva, no existe posibilidad de que los discursos lleguen a saturarse en algún momento. Las formas de subjetivación resultan infinitamente matizables, sin que se pueda llegar a un punto en el que el investigador ya no pueda aprender nada nuevo respecto de su objeto de estudio. Esto no resta significación a los resultados obtenidos, aunque sí obliga a pensar en otros términos los tradicionales criterios de validez y fiabilidad.<sup>14</sup>

El rigor de la investigación se ha mantenido a través de la reflexividad<sup>15</sup> permanente a lo largo de todo el proceso

y la triangulación de investigadores en el análisis e interpretación de los discursos.

## Resultados y discusión

Se ha detectado un gran nivel de malestar profesional-institucional en los sujetos entrevistados. Este malestar parece estar relacionado con el lugar estructural en el que se sitúa la figura del profesional de la medicina en atención primaria. Este lugar va a construirse desde la intersección de tres líneas de tensión muy significativas:

- Entre la lógica de la asistencia (ayuda al otro) y la lógica de la gestión (manejo eficiente del gasto sanitario).

- Entre el modelo de atención primaria (énfasis en la salud, enfoque holístico, participación comunitaria, equipo multidisciplinario) y el modelo asistencial clásico (atención individual a la enfermedad orgánica).

- Entre el papel del profesional de la medicina como poseedor de saber (autoridad carismática) y su papel como proveedor de servicios (mero operario técnico dentro de una estructura institucional).

El funcionamiento simultáneo de estas tres líneas de tensión genera complejas dinámicas en las que las posiciones objetivas de los sujetos, sus imágenes identitarias y sus relaciones con los otros (profesionales o pacientes) y con la institución, están en permanente negociación, atrapando a los sujetos en una densa red de contradicciones y dobles vínculos que terminan, en algunos momentos, agotándolos en enfrentamientos con infinitos rivales, y, en otros momentos, haciendo que generen diversas estrategias, más o menos adaptadas o eficaces, para hacer frente a esta complicada situación.

**Tabla 3.** Verbatims relacionados con las contradicciones entre la lógica asistencial y la lógica gestora.

3.1. Fernando	Claro, un paciente, que a mí me viene porque se ha torcido la rodilla jugando al fútbol, yo le veo, me parece que tiene algo de menisco, pero bueno, se la vendo y le pongo un antiinflamatorio a ver qué tal le va. Le doy de baja, porque claro, no puede trabajar. Entonces, ese paciente viene a los quince días: "no estoy mejor". Le cambias la venda, le pides una placa, la ves a los quince días: "no tienes nada en la placa, esto va a ser del menisco. Te voy a mandar al traumatólogo, que tendrá que hacer una artroscopia y corregirlo". Entonces tú le pides la cita del traumatólogo, aun estando de baja y siendo un paciente que está generando un gasto, y te dan cita en seis o en ocho meses. Cuando llega al traumatólogo te dice: "sí, pero es que te voy a hacer una resonancia", que se la citan dentro de otros seis meses, ya es un año. El paciente tiene que venir, porque claro, a todo esto le está doliendo, el traumatólogo como le ve de seis meses en seis meses... el paciente tiene dolor y viene a por la receta del antiinflamatorio, el paciente viene a por partes de baja, el paciente está mosqueado porque no está trabajando, porque le está doliendo, y porque no le solucionan el problema. Entonces, genera trabajo, genera hostilidad. (...) Los objetivos son económicos, que recetas poquito y barato, y que en el ordenador tengas apuntado pues las mamografías que has hecho y las tensiones que has tomado, para que luego el gerente lo pueda llevar a su jefe y decir "ah, qué bien cumples tú". En el Centro está todo muy bien registradito en el ordenador, nada más. Lo que interesa es eso, que ahorres dinero, y que registres muchas cositas para que ellos puedan tenerlo todo bien registrado, más que si los pacientes se te mueren o no, que esté registrado. Si se ha muerto, por lo menos que le hayas tomado la tensión, lo tengas apuntado y tengas qué día se ha muerto, ¿sabes?, más que esté bien tratado. Es triste. Pero es así, de verdad.
3.2. Lola	Es que no puedes hacerlo de otra manera. Y entonces lo tienes que hacer tú, porque es tu obligación, no hay otra persona que valga para ese papel, porque el médico de cabecera de esa familia eres tú. Y lo tienes que tener clarísimo, aunque te fastidie, y te vayas a casa un poco más tarde, o tengas que ir a una casa fuera de tu horario, es tu obligación. Y eso es algo que yo lo tengo bastante claro. Es cierto que tiene que ser así, y ciertas de las cosas no agradables de mi trabajo están en que a veces tienes que ver gente sin cita, tienes que apechugar, o tienes que llamar por la mañana a gente, o tienes que llamar después de hora, o tienes que llamar al hospital para preguntar por el paciente, para ayudar a alguien, te toca, y si vienen, vienen. Cada uno en su oficio tiene cositas, en el nuestro de médico de familia está esa.
3.3. Alejandro	Porque claro, el médico ya se ha convertido en un tío que se acobarda fácilmente ante cualquier amenaza de la administración, que transige con todo lo que le impongan, que transige hasta en las cuestiones... digamos que menos debería transigir, como es ésta "qué prescribe usted", "qué se considera una prescripción adecuada". Pero ¿usted quién es para decirme? Una vez que a mí me otorga usted la titulación, y yo la tengo homologada, yo prescribo lo que me da la gana. ¿Usted quién es para limitarme a mí en eso? Pregúnteme usted y verá usted como yo le doy razones de por qué, por esto y por lo otro. (...) Las cuestiones son con buena indicación clínica o no, y con un razonamiento. Uso racional del medicamento, ¿pero usted con qué cree que yo prescribo? Pues no, lo suelo pensar. Entonces ya la sola denominación es una perversidad del sistema, y lo que te intentan hacer es venderte la moto para que cueste poco.

### Lógica asistencial vs. lógica gestora

La alternancia entre la asunción de un rol asistencial y un rol gestor es una fuente inagotable de conflicto en la relación con los pacientes y en la reflexión acerca de la propia identidad profesional. Es complicado armonizar el mandato asistencial de ayuda al otro con la gestión eficiente del gasto sanitario que esa ayuda está generando. Como profesionales asistenciales, su prioridad es resolver los problemas de salud de los pacientes con el menor sufrimiento y en el menor tiempo posible. Pero como gestores de recursos están obligados a seguir una cadena de funcionamiento burocrático que enlentece la resolución del proceso y complica la relación entre el médico de familia y los pacientes. Esta superposición de lógicas con objetivos contradictorios alimenta un malestar profesional relacionado con la imposibilidad de hacer frente a ambos requerimientos simultáneamente, además de complicar de forma sustancial las negociaciones y transacciones cotidianas en la relación con los pacientes, y poner en riesgo de fractura elementos centrales de la construcción identitaria como profesionales de la salud (Tabla 3: 3.1).

Se hace una lectura moral de determinados aspectos que se consideran inherentes a la labor del médico de familia, y a pesar de poder resultar incómodos o suponer una mayor carga de trabajo. A través de esta lectura moral se intenta sustentar un determinado modelo de identidad profesional centrado en un papel de acompañamiento y apoyo a la persona que sufre, totalmente alejado de la realidad agobiante de la consulta diaria. Ese modelo ideal funciona también como elemento motivador, que permite mantener la ilusión en la labor asistencial cotidiana (Tabla 3: 3.2).

La racionalización de gastos que marca la tendencia actual en la gestión del sistema sanitario hace que cuestiones como la pertinencia de un tratamiento o de una prueba diagnóstica no sean prerrogativa de los clínicos, sino, sobre todo, de los economistas. Expresiones como "uso racional del medicamento" son tomadas en ocasiones como una ofensa personal a las decisiones clínicas, y planteadas como una campaña de los gestores para dis-

minuir el gasto sanitario, aunque sea a costa de la calidad asistencial (Tabla 3: 3.3).

### Modelo de atención primaria vs. modelo asistencial clásico

Para entender el encuentro (o desencuentro) entre el modelo de atención primaria y el modelo asistencial clásico, es necesario recordar que la reforma sanitaria española supuso la introducción de un modelo teórico e ideológico de atención primaria en un sistema sanitario dominado por una visión asistencial individualista y centrada en la enfermedad. Esto genera múltiples contradicciones (tanto teóricas como prácticas) y propicia el crecimiento de toda una variedad de tipos de Centros de Salud, en función de su grado de hibridación entre ambos modelos. La implementación artefactada del nuevo modelo de atención favorece la coexistencia en los mismos espacios institucionales de profesionales de muy diversas tendencias ideológicas (en lo que respecta a su consideración de la asistencia sanitaria), formaciones académicas dispares, e incluso vínculos y condiciones laborales notablemente diferentes.

La consulta a demanda es el eje alrededor del que gira la mayor parte de la actividad del médico de familia, y es vivida como el principal impedimento para el desarrollo de otras actividades características de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (como la educación para la salud grupal o la participación comunitaria), o de desarrollo profesional de los trabajadores sanitarios (como la investigación). Para los profesionales más identificados con el modelo de atención primaria, la posibilidad de volver a la medicina de cupo se presenta como la principal amenaza al lugar que ocupan. Los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria están formados en una especialidad nacida al amparo de la reforma sanitaria, y expresan con gran claridad una serie de contradicciones institucionales similares a las que describe Pierre Bourdieu.<sup>16</sup> Para ellos volver a la medicina de cupo significa el fracaso de los ideales de la reforma sanitaria en lo que respecta a la atención primaria de salud, y por lo tan-



**Tabla 4.** *Verbatims* relacionados con las contradicciones entre el modelo de atención primaria y el modelo asistencial clásico.

4.1. Fernando	Estamos volviendo como a la medicina de cupo de antes... Se supone que has formado especialistas, y un sistema que era muy ideal de atención primaria se está pervirtiendo porque hay mucha gente, y hay que verlos al final... La teoría de la medicina de atención primaria está muy bien, pero luego la práctica. (...) Al final, al sistema lo que le interesa es que tú veas pacientes que lo necesitan, los veas y se vayan contentos a su casa. Y nada más. La educación grupal, la medicina comunitaria que tendríamos que... yo soy especialista en Medicina Comunitaria, y de medicina comunitaria no hago nada. No es rentable. Lo que es rentable es que si vienen hoy 50 pacientes, tú los hayas visto, se hayan ido a su casa. Están actuando con unos criterios de rentabilidad cuando es algo que no... en un sistema público a lo mejor habría que hacer otras cosas. A lo mejor habría que ir a los colegios a dar charlas sobre anticoncepción, en vez de tener que tratar embarazos no deseados y cosas de esas. Pero no, tú no puedes decir "voy a hacer un grupo, voy a ir a los colegios a hablar", dicen "bueno, pues vete si quieres por las mañanas, en tus horas libres, porque aquí no te vamos a quitar de pasar consulta ni te vamos a poner un suplente esos días que tú vas al colegio", por ejemplo. La verdad es que eso es triste.
4.2. Lola	Todo lo que son las listas de espera, que también se han ido alargando, pese a lo que te digan los políticos de turno, hay listas de espera que se han alargado, pues eso genera más trabajo en atención primaria. Si yo tengo un paciente desde hace un año que hay que operarle un astrágalo, un año de baja, pues ese señor, en un año ha venido un montón de veces a consulta. Si le hubieran operado el astrágalo cuando lo tenían que operar, al principio, ya... ¿entiendes lo que te digo? La gente espera, espera una intervención, espera, espera una consulta, espera, espera un tratamiento de cualquier tipo... pues mientras tanto, vendrá aquí. Seguro somos el primer escalón de la sanidad, y el primer escalón de una escalera de piedra es el que más se gasta, siempre el primero es el que más se gasta.
4.3. Natalia	Creo que primero debería reducirse la consulta, la cantidad de gente que viene a consulta, para que pudieras un poco tener más tiempo, precisamente también por el paciente... aquí tendría que haber más personal, más médicos. Realmente, el equipo no es un equipo, parece un equipo de tenis, ¿sabes? Entonces no es equipo. El equipo tiene que ser tres, cuatro, cinco por la tarde, y tres, cuatro, cinco por la mañana, para que estuviera también un poquitín más repartido. Entonces primero, hay muchísima población. Lo que me gustaría, primero, es que hubiera más personas, más médicos, también que hubiera menos cantidad de pacientes, para que precisamente no fueras tampoco tan de prisa, porque a pesar de todo, vas de prisa. Y entonces, muchas veces, cuando no es solamente lo de la receta... los que solamente vienen a por la receta, es solamente por la receta. Pero a veces ya cuando existe... están más, que te hablan, que te cuentan, siempre estás también un poco, que es que afuera hay gente, aun cuando tengas esos cinco minutos, que parece que dan mucho de sí, pero a veces no dan mucho de sí. Entonces eso te crea... te crea ansiedad.
4.4. Javier	Sí. Pues nuestro centro es un poco peculiar, porque está en una zona con un nivel socioeconómico medio-alto. Entonces, pues en comparación con el número de cartillas que tenemos, la carga asistencial no es tan alta como en otros sitios. Entonces eso te permite tener posibilidades de hacer otras cosas. (...) La gente me dice, cuando digo que me he ido a [Municipio del Oeste Metropolitano], que ahora seguramente trabajo menos, y yo les digo que trabajo exactamente lo mismo, lo único que ahora hago más cosas [actividades comunitarias]. Pero trabajar, trabajo exactamente lo mismo.
4.5. César	Porque fíjate, otra cosa en la que se puso al principio mucha esperanza era en todo el tema de participación comunitaria, todo el tema de cómo la comunidad podía organizarse para solucionar sus propios problemas de salud. Pero según ha ido pasando el tiempo, eso ha quedado ahí como un reducto de algunos profesionales, como algo que algunos quieren hacer, pero tienen poco tiempo para hacerlo, como una cosa que bueno "a lo mejor la trabajadora social puede hacer más, o las enfermeras pueden hacer más", pero el médico puede colaborar poquito en eso. Pero en definitiva, eso es algo que no se ha desarrollado. O sea, sigue habiendo, se sigue pensando en ello, sigue estando presente, aunque de manera más periférica, pero sigue estando presente, pero sí sabemos que eso no se ha desarrollado. Eso es otra frustración del modelo de atención primaria.

to pierde sentido su papel como profesionales formados para ponerlos en práctica. Volver a la medicina de cupo significa que el médico de familia ha dejado de existir, dejando paso a otra figura profesional que, aunque mantenga el mismo título de especialista, responda a las exigencias de un sistema sanitario únicamente interesado en objetivos económicos, condensados en sacar adelante una consulta a demanda cuya demanda es ilimitada (Tabla 4: 4.1).

Además, la situación del sistema sanitario español, con las grandes listas de espera para ser atendido en Atención Especializada o para una intervención quirúrgica, también hace que aumente la demanda al médico de familia. Frente a la Atención Especializada, la atención primaria no puede tener lista de espera, el médico de familia tiene que ver a todos los pacientes que acudan, sean cuantos fuesen. Todo esto termina dejando en el profesional una sensación agobiante de masificación de la consulta, provocando que cualquier paciente extra, que venga sin cita o para atención urgente, se viva como una sobrecarga. A esto hay que sumar los tiempos tan limitados para ver a cada paciente (alrededor de cinco minutos), que hacen que se generen retrasos con mucha facilidad, alimentando la aparición de conflictos entre profesionales y pacientes (Tabla 4: 4.2).

No obstante, en el caso de los sujetos más alejados de la asunción del modelo de atención primaria, no se señalan diferencias sustanciales entre la atención brindada por los médicos de cupo y los médicos de atención primaria. En ambos casos, la asistencia se centra en la atención a la demanda puntual de los pacientes, y el seguimiento de

éstos a través de consulta concertada se expresa como algo casi anecdótico por lo poco frecuente, o bien como algo que se hace para cumplir trámites burocráticos, como la apertura de la historia clínica. Dadas las condiciones objetivas, la atención a los pacientes es exclusivamente individual, sólo se aborda la demanda relativa a los malestares físicos y la escucha queda prácticamente abolida, ya que la palabra de los pacientes es tomada como una interferencia que enlentece la consulta y añade ansiedad a la labor del profesional (Tabla 4: 4.3).

Pero incluso los sujetos más comprometidos con el modelo de atención primaria se refieren a las actividades comunitarias en términos ambivalentes: por un lado, es lo deseable, acorde con la filosofía de atención primaria, estimulante para los profesionales que participan; pero, por otro lado, desde la lógica asistencial, que continúa impregnando la sanidad española en cualquier nivel de atención, el foco de interés está en la atención individual a la enfermedad, y todo lo que no tenga que ver con esto son meras formas de ocupar el tiempo de aquellos profesionales que dispongan de él (Tabla 4: 4.4 y 4.5).

#### ***Autoridad carismática vs. operario técnico institucional***

Tal y como plantea François Dubet,<sup>17</sup> la decadencia de lo que él llama "programa institucional" (para referirse a un tipo de socialización o relación con el otro, característico de las profesiones que ejercen su trabajo sobre los otros, tales como la docencia, la medicina o el trabajo social) ha provocado una importante pérdida de autoridad entre los profesionales de la medicina. El espacio en

**Tabla 5.** Verbatims relacionados con las contradicciones entre el papel del profesional de la medicina como autoridad carismática y como operario institucional.

5.1. Alejandro	El médico ha hecho una dejación de su divinidad y de su autoridad con unos conceptos estúpidos, demagógicos de hay que... ¿cómo se dice esto?, "hay que consensuar con el paciente". Mire usted, yo no tengo que consensuar nada, yo soy un experto en un tema, aquí un señor viene a consultar y yo le doy la solución. Y ahí podemos hablar. Pero lo que yo no estoy dispuesto es a mantener discusiones sobre los métodos exploratorios o sobre las conclusiones a las que yo he llegado. Pero me parece una estupidez que gente sin ninguna base y ninguna formación se ponga a criticar cosas de las que obviamente no saben más que por la popularización de la medicina en los diferentes programas que hay sobre el tema en la televisión o en los medios de comunicación. Pues mire usted, no. Y yo no estoy dispuesto a pasar por esa indignidad.
5.2. Alicia	La verdad es que ahora eso [las actividades grupales] está todo mucho más institucionalizado, aquí en el Área XXX está mucho más institucionalizado. Realmente ahora hay muy pocos médicos que participen en grupos, toda esa labor la lleva básicamente enfermería, que tiene más tiempo. Y luego los grupos se han normativizado mucho más. Eso tiene, supongo, ventajas, y conlleva también inconvenientes. Quiero decir, que es como el "grupo estrés", no, diez sesiones, ocho sesiones, pero no el permitir a las personas que tengan la vivencia de estar en un grupo, y que luego ese grupo lo vuelvas a reinsertar en el medio social, por decirlo de alguna manera. O sea, ahora se hacen muchos grupos, básicamente los hace enfermería, (...) los médicos están bastante... yo creo bastante alejados de este tema, porque no hay tiempo, y luego pues no sé si todos estarían dispuestos o lo ven muy útil, no. Eso hay mucha controversia, que si son útiles, que si no son útiles, que si sirven de algo, que si no sirven para nada...
5.3. Lola	Porque también ves poca solidaridad de la gente, la gente se está acostumbrando a hacer todo a botón, todo tiene que ser muy rápido. Ahora apretamos un botón y hablamos por teléfono con el móvil, apretamos un botón y apagamos el televisor, y todo. Y en España la gente ha bajado del tractor y ha encendido el vídeo, ¿entiendes? (...) Y aquí se ha pasado de no tener nada a un sistema de cierta organización, pero la gente no sabe usarlo. Porque, al mismo tiempo, todo se ha modernizado tanto que todo tú con el botón, no tienes ni que levantarte a apagar el televisor. Antes te levantabas por lo menos de la silla y apagabas el televisor, ahora ni siquiera eso. Todo dando al botón, ¿entiendes?, y enciendes el micro, y enciendes el móvil, y enciendes... todo, todo es a botones. ¿Por qué no va a ser a botones el médico? El médico también tiene que ser a botones. Tú aprietas el botón y tiene que venir.

el que el médico ostentaba el monopolio de todo aquello relacionado con la enfermedad, sin tener que dar explicaciones más que a su conciencia o a otros médicos<sup>18</sup> se ha visto drásticamente reducido. En lugar de ello, se ha convertido en un operario de una industria proveedora de servicios sanitarios, con obligación de dar cuenta de su desempeño no sólo a los burócratas y administradores, sino también a los que antes eran sus pacientes, convertidos ahora en reivindicativos clientes-consumidores de esos servicios.

Desde esa posición, no sólo debe resolver los aspectos técnicos relacionados con su campo de actuación (el diagnóstico y la terapéutica), sino llevar a cabo toda una serie de tareas encaminadas al desarrollo y mantenimiento de la misma organización sanitaria, como actividades organizativas, reuniones de equipo o trámites administrativos, en general fuertemente criticadas debido a la carga de trabajo que generan y al tiempo que consumen.

Este sentimiento de pérdida de legitimidad y de influencia hace que se genere en los profesionales una cierta nostalgia que les hace interpretar su existencia profesional también en términos de decadencia.<sup>17</sup> Estos procesos van a ser vividos por algunos sujetos como un atentado directo hacia su capital simbólico, que va a hacer tambalear su propia identidad profesional y personal. Además, va a ser también fuente de conflicto en la relación con las instancias institucionales, con otros profesionales y con los pacientes-usuarios. En general, los sujetos más afines al modelo anterior a la reforma sanitaria han sufrido en mayor medida las consecuencias de esta transformación, que ha supuesto una pérdida considerable de poder para el estamento médico (Tabla 5: 5.1).

También entre los profesionales más cercanos al modelo de atención primaria se pueden observar este tipo de expresiones, aunque relacionadas esta vez con la dilución de lo que se podría considerar la verdadera esencia del modelo, debida a la generalización de ciertas prácticas. Por ejemplo, las actividades grupales tienen un peso muy importante en el sostenimiento de los valores fundacionales de la atención primaria, y la reflexión acerca de ellas se carga de ambivalencia al referirse a su consolidación como algo más o menos habitual en los Centros de Salud. Y es que la popularización de una actividad pionera, llevada a cabo por unos pocos profesio-

nales fuertemente implicados, no deja de tener el poso amargo que significa la pérdida de su carácter elitista: ya no es algo que hagan los auténticos médicos de familia, comprometidos con la reforma y con el bienestar de su comunidad, sino una actividad más, incluida en el contrato programa, que se realiza de modo mecánico para cumplir los objetivos que el equipo de primaria pacta con la gerencia (Tabla 5: 5.2).

El desgaste profesional se va haciendo patente en la adopción de posturas cada vez más inflexibles, que vuelven más conflictiva la relación con los pacientes. Se vicimiza la situación del médico, convertido en un mero proveedor de servicios que la población no sabe utilizar correctamente (Tabla 5: 5.3).

### Limitaciones y líneas futuras de trabajo

Las principales limitaciones de este trabajo son las siguientes:

- La muestra resulta algo insuficiente para cubrir las variables del estudio y abarcar la diversidad de posiciones discursivas que se derivan de las trayectorias y condiciones objetivas de los sujetos. Esto tiene que ver con el alcance restringido de esta investigación, concebida como un trabajo académico.

- La ubicación geográfica de los Centros de Salud en los que trabajan los sujetos entrevistados resulta excesivamente homogénea. Esto hace que las características de las poblaciones de referencia sean bastante similares, pudiendo dar una falsa imagen de semejanza en las problemáticas descritas por los sujetos entrevistados. Este aspecto está relacionado con el tipo de muestreo realizado y ratifica la necesidad de ampliar el universo muestral en función de criterios teóricos más estrictos.

No obstante, los presentes resultados son congruentes con la literatura en relación con la satisfacción laboral de los médicos y médicas de atención primaria. Estudios españoles<sup>19,20</sup> muestran la relación inversa entre la satisfacción laboral y los niveles de *burnout* entre los médicos de atención primaria. También encontramos referencias acerca de los factores predictivos de desgaste profesional entre los profesionales de la medicina (agotamiento, distanciamiento y pérdida de expectativas)<sup>21</sup> y su relación con la comunicación institucional y los aspectos organizativos.<sup>22</sup>

En el ámbito internacional, el trabajo de Linzer y colaboradores<sup>23</sup> plantea que las condiciones laborales adversas (como la sobrecarga asistencial, la falta de tiempo o la cultura organizativa) generan reacciones negativas en los profesionales de la medicina (como el aumento del estrés, *burnout* o abandono de la profesión). En cambio, ni las condiciones laborales adversas ni las reacciones negativas de los profesionales parecen disminuir la calidad de la asistencia prestada a los usuarios. En esta misma línea, Ratanawongsa y colegas<sup>24</sup> muestran que los niveles de *burnout* profesional no influyen negativamente en la calidad de la comunicación entre médico y paciente. Los hallazgos que aquí se presentan contradicen este último trabajo, ya que

las condiciones laborales, el entorno institucional y el malestar profesional se muestran como elementos clave en el aumento de la conflictividad en las relaciones entre profesionales y usuarios.

Por todo ello, en futuras investigaciones sería interesante analizar en mayor profundidad cómo la inadecuación entre el modelo de atención primaria y la realidad asistencial influye en los niveles de *burnout* entre los profesionales de la medicina. Del mismo modo, habría que explorar el impacto de las transformaciones que está experimentando el sistema público de salud español como consecuencia de la actual crisis económica global, en una problemática que afecta tanto a los profesionales de la salud como a los usuarios del sistema sanitario.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2015  
www.siic.salud.com

*La autora no manifiesta conflictos de interés.*

## Bibliografía

1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS. Declaración de Alma-Ata. 1978.
2. Sánchez García AM, Mazarrasa Alvear L, Merelles Tormo T. La evolución del modelo sanitario español y sus repercusiones en la profesión de enfermería. En: Mazarrasa Alvear L, Germán Bes C, Sánchez Moreno A, Sánchez García AM, Merelles Tormo T, Aparicio Ramón V, editores. Salud pública y enfermería comunitaria. McGraw-Hill – Interamericana, Madrid, pp. 87-142, 2000.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984, del 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. 1984.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad. 1986.
5. Ruiz-Jiménez Aguilar JL. Atención primaria de salud. En: Mazarrasa Alvear L, Germán Bes C, Sánchez Moreno A, Sánchez García AM, Merelles Tormo T, Aparicio Ramón V, editores. Salud pública y enfermería comunitaria. McGraw-Hill – Interamericana. Madrid, pp. 493-513, 2000.
6. Irigoyen J. Análisis sociológico de la reforma sanitaria en España. En: Mazarrasa Alvear L, Germán Bes C, Sánchez Moreno A, Sánchez García AM, Merelles Tormo T, Aparicio Ramón V, editores. Salud pública y enfermería comunitaria. McGraw-Hill – Interamericana, Madrid, pp. 463-475, 2000.
7. Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. 1991.
8. Alameda A. Sujetos y malestares. Aproximación sociosubjetiva al discurso biomédico. Dykinson, Madrid, 2009.
9. Alameda A, Pazos Á. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. Rev Esp Salud Pública 83(6):863-75, 2009.
10. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Fundamentos, Madrid, 2003.
11. Pazos Á. Narrativa y subjetividad. A propósito de Lisa, una "niña española". Revista de Antropología Social 13:49-96, 2004.
12. Bourdieu P. El espacio de los puntos de vista. En: Bourdieu P, editor. La miseria del mundo. Akal, Madrid, 1999.
13. Bertaux D. La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. En: Marinas JM, Santamarina C, editores. La historia oral: métodos y experiencias. Debate, Madrid, 1993.
14. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. International Journal of Qualitative Methods 1(2), 2002.
15. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. Siglo XXI, Buenos Aires, 2005.
16. Bourdieu P. Una misión imposible. En: Bourdieu P, editor. La miseria del mundo. Akal, Madrid, 1999.
17. Dubet F. El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad. Gedisa, Barcelona, 2006.
18. Freidson E. La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Península, Barcelona, 1978.
19. Rodríguez FJ, Ramos MA, Pérez SI, García LR, Diz PG. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Aten Primaria 36(8):442-447, 2005.
20. Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. Aten Primaria 31(4):227-233, 2003.
21. Moreno Jiménez B, Gálvez Herrero M, Garrosa Hernández E, Mingote Adán JC. Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. Aten Primaria 38(10):544-549, 2006.
22. Matia Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J, Pereda Riguera MJ. Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos. Aten Primaria 38(1):58-60, 2006.
23. Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, y cols. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. Ann Intern Med 151(1):28-36, 2009.
24. Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, y col. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. J Gen Intern Med 23(10):1581-1588, 2008.



**Información relevante**

## Tensiones, malestares y posición institucional de los profesionales de atención primaria

### Respecto a la autora



**Almudena Alameda Cuesta.** Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España (1995-2001). Experta Universitaria en Promoción de la Salud en la Comunidad, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España (2004). Doctora, Programa de Antropología de Orientación Pública, UAM (2015). En la actualidad es profesora (Grado en Enfermería y Máster Universitario en Género y Salud), Universidad Rey Juan Carlos, Coordinadora de la Titulación de Grado en Enfermería. Sus líneas de trabajo son las desigualdades en salud, la perspectiva de género, la subjetividad y la aplicación clínica de la metodología enfermera. Ha participado como investigadora en proyectos financiados y ha realizado diversas publicaciones relacionadas con la investigación cualitativa y los cuidados de enfermería.



### Respecto al artículo

Los conflictos relacionados con la implementación de la reforma sanitaria española en la década de 1980 impregnaron profundamente los procesos de construcción y consolidación de los equipos de atención primaria.

### La autora pregunta

Los conflictos relacionados con la implementación de la reforma sanitaria española impregnaron los procesos de construcción y consolidación de los equipos de atención primaria. Estos arrastran desde su nacimiento una indefinición estructural que, aun en el momento actual, es una fuente de conflicto interprofesional y de malestar institucional para los profesionales de la salud.

**¿Cuáles son las líneas de tensión que atraviesan el lugar institucional de los profesionales de la medicina en la atención primaria en España?**

- A** La lógica de la asistencia (ayuda al otro) y la lógica de la gestión (manejo eficiente del gasto sanitario).
- B** El modelo de atención primaria (énfasis en la salud, enfoque holístico, participación comunitaria, etc.) y el modelo asistencial clásico (atención individual a la enfermedad orgánica).
- C** El papel del profesional de la medicina como poseedor de saber (autoridad carismática) y su papel como proveedor de servicios (operario técnico dentro de una estructura institucional).
- D** Todas las opciones son correctas.
- E** Ninguna es correcta.

Corrobore su respuesta en: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/122908](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/122908)

### **Palabras clave**

atención primaria de salud, investigación cualitativa, médicos de atención primaria, agotamiento profesional, satisfacción en el trabajo

### *Key words*

*primary health care, qualitative research, physicians, primary care, burnout, professional, job satisfaction*

### **Cómo citar** *How to cite*

Alameda Cuesta A. Tensiones, malestares y posición institucional de los profesionales de atención primaria. *Salud i Ciencia* 21(3):266-74, May 2015.

*Alameda Cuesta A. Institutional position of primary care physicians: dissatisfaction and tensions. Salud i Ciencia* 21(3):266-74, May 2015.

### **Orientación**

Epidemiología

### **Conexiones temáticas**

Atención Primaria, Salud Pública, Administración Hospitalaria, Bioética, Medicina del Trabajo