

Editorial

Más allá del *burnout*: la fatiga estructural de la atención primaria

Beyond burnout: the structural fatigue of primary care

Beatriz González López-Valcárcel

Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

Alta prevalencia de *burnout* en atención primaria

Aunque en Japón, ya en 1987, se había identificado el *burnout* mortal (*Karōshi*) como muerte por exceso de trabajo¹, no es hasta 2022 que aparece un código específico (QD85) en la versión 11 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), y no como «enfermedad» sino entre los «factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud». En la CIE-11, el *burnout* queda conceptualizado como un resultado del estrés laboral crónico que no se ha manejado adecuadamente, caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento, 2) aumento de la distancia mental respecto al trabajo y sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el propio trabajo, y 3) sensación de ineficacia y falta de logro. Se refiere específicamente a fenómenos en el contexto ocupacional y no es aplicable para describir experiencias en otras áreas de la vida.

El artículo de Beltrán Gómez et al.² publicado en GACETA SANITARIA analiza la prevalencia del *burnout* en los profesionales de atención primaria (AP) del Sistema Nacional de Salud (SNS), mediante una revisión sistemática con metaanálisis. Por categorías profesionales, encuentran una prevalencia que, en general, es alta, y mayor en médicos (24%) que en enfermeras (17%), y a su vez mayor en ambas categorías que en administrativos (11%). Bajo el epígrafe «otras categorías» engloban un conjunto heterogéneo de profesionales (auxiliares, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, odontólogos, trabajadores sociales), menos estudiado y bastante menos «quemado» (5%).

El *burnout* prolifera en la sanidad. Igualmente en otros sectores y también en países con sistemas de salud diferentes. Y no es específico de la AP, pues una revisión sistemática internacional encontró mayor prevalencia en los hospitales que en la AP (aun con diferencias no significativas tras ajustes multivariantes)³. Un metaanálisis previo realizado en España, solo con médicos, no reveló diferencias significativas en cuanto a prevalencia entre AP y hospitales⁴. En todo caso, las altas cifras de prevalencia en médicos de AP en España en este estudio² son concordantes con los resultados de otro metaanálisis de ámbito internacional⁵.

Más que un problema profesional

Como señalan los autores, hay factores laborales y personales causantes de *burnout*: «sobrecarga de trabajo, falta de recursos y personal, presión por cumplir con altos estándares de productividad y demandas emocionales de interactuar constantemente con pacientes en situaciones de vulnerabilidad y manejo complejo»².

Identifican también factores organizativos relacionados con la falta de autonomía profesional, de reconocimiento y de apoyo institucional.

En España, más de la mitad de los médicos y el 44% de las enfermeras dan positivo en, al menos, una dimensión del síndrome (cansancio emocional, despersonalización o baja realización personal). Cuando un problema personal o una condición de salud afecta a la mayoría de la población, ya ha dejado de ser personal. Aplicando el modelo de Geoffrey Rose⁶, hace falta una «estrategia poblacional» con intervenciones en la sociedad (en este caso, en la organización). Si una parte importante de la población es obesa, más allá de que pueda tratarse individualmente a algunas personas en la «cola de la distribución», conviene pensar en soluciones (intervenciones) poblacionales (desde carriles bici hasta impuestos sobre las bebidas azucaradas) que reduzcan la exposición a factores obesógenos. Con el *burnout* ocurre lo mismo y conviene abordarlo como el síntoma de un problema organizativo que requiere intervenciones en la organización.

De la persona a la organización. El modelo de atención primaria como raíz del *burnout*

Algunos profesionales podrían llegar ya quemados a la AP cuando no ha sido su primera opción en el mercado de internos y residentes (MIR o EIR). Han entrado con «mal pie», rebotados de una supuesta «primera división» de la que se sentirían excluidos⁷. La cotización de medicina de familia en el mercado MIR es estable, pero reducida, y muchos médicos de familia rehuirán la AP para trabajar en urgencias de hospitales o en gestión y alta dirección, o se reespecializarán al terminar el MIR. Las plazas rurales quedan desiertas. Los pediatras jóvenes tienen querencia por el hospital. Ya desde la fase inicial de captación de profesionales, hay disociación entre valores privados y sociales: lo que es socialmente necesario no es individualmente atractivo, en particular para los médicos.

Los que llegan al centro de salud encuentran una organización rígida y uniformizante, con muy poca autonomía de gestión, escasos recursos económicos e infraestructuras, y carente de incentivos bien diseñados para el trabajo bien hecho y la calidad. Se enfrentan a un exceso de burocracia y mucha actividad que no aporta valor a la salud de sus pacientes. Se administra, pero no se gestiona.

Desde la reforma de la AP, hace 40 años, su organización ha evolucionado muy poco. Más allá de las Entidades de Base Asociativa de Cataluña, las experiencias de modelos autogestionados por los profesionales son escasas. También ha habido intentos de integración con otros niveles asistenciales, pero las evaluaciones son parciales y no muy favorables^{8,9}.

Los profesionales están desbordados a pesar de que el número de pacientes por profesional ha ido disminuyendo, sobre todo en

Correo electrónico: beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es

enfermería, y es sensiblemente menor que en otros países. Así pues, el problema no es de números. Por otra parte, aunque hay un descontento personal bastante prevalente (y altas tasas de *burnout*), a nivel macro España tiene buenos indicadores de calidad de la AP (tasas más bajas que la media europea de hospitalizaciones evitables por complicaciones de la diabetes, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica)¹⁰.

El valor estratégico de la atención primaria para el Sistema Nacional de Salud, la necesidad de reformas y un atisbo de esperanza

Hay evidencia científica de que los sistemas sanitarios basados en una AP fuerte son superiores porque logran más salud con menor coste^{11,12}. En la terminología de la evaluación económica, son «dominantes». En España, la AP tiene un enorme valor estratégico porque forma parte esencial del diseño del SNS en cada una de las comunidades autónomas. Es el único nivel asistencial con penetración comunitaria y contribuye decisivamente a la equidad.

Las reformas necesarias en la organización, la financiación, la gestión y el gobierno de la AP están interconectadas. Empezando por la financiación, una vía de avance para recuperar el profesionalismo perdido con el asalariado es el pago por resultados, ligando la retribución a la consecución de objetivos pactados en la organización. Se trata de ir pasando progresivamente de pagar por ser a pagar por hacer y por lograr (salud). Ello requiere un sistema de información adecuado, con indicadores de desempeño que permitan el pago por resultados, y requiere también resolver en cada caso la difícil cuestión de retribuir a la persona o al equipo. No hay fórmulas universales ni óptimos globales, solo soluciones locales que a su vez exigen autonomía de gestión.

Uno de los grandes retos, reconocido por todos los planes y estrategias, es cómo cambiar la forma de organizarse para que cada minuto de tiempo de cada trabajador aporte valor, y que cada profesional trabaje en el límite de sus competencias. La AP debe recuperar espacios abandonados, trabajar en la comunidad, las escuelas, las residencias y los domicilios, e ir más allá del estrecho cómputo de las visitas diarias como medida de actividad. La integración de la AP con los otros niveles asistenciales, y con la atención social, es otro reto que implica cambios en la organización, la gestión y la financiación.

Se está avanzando en varias direcciones. El plan de digitalización^{13,14} favorece el trabajo en red y la práctica del liderazgo compartido entre comunidades autónomas, y acerca el medio rural a la sanidad urbana tecnológicamente más avanzada. La definición de «plazas de difícil cobertura», con incentivos específicos, responde a dos de los retos pendientes: la desuniformización y la búsqueda de soluciones locales. La medicina de familia está incorporándose a las universidades, mejorando el prestigio y el atractivo de la especialidad.

Hay una experiencia en marcha que mueve al optimismo: la reforma es posible, y escalable tras una evaluación rigurosa de proyectos piloto. Los Centros de Salud Integral de Referencia, promovidos dentro del macroproyecto CAIROS en Cataluña, están trabajando y serán evaluados por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya tras un año de funcionamiento. Son exponentes de una reforma relativamente disruptiva que, si tiene éxito, contribuirá a reducir la prevalencia de *burnout* en la AP del SNS.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Nishiyama K, Johnson JV. Karoshi — death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *Int J Health Serv.* 1997;27:625–41.
2. Beltrán-Gómez E, Pujol de Castro A, Vaquero-Cepeda P, et al. Prevalencia de *burnout* en profesionales de atención primaria del Sistema Nacional de Salud: revisión sistemática y metaanálisis. *Gac Sanit.* 2025;39:102526.
3. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022;378:e070442.
4. Pujol-de Castro A, Valerio-Rao G, Vaquero-Cepeda P, et al. Prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos que trabajan en España: revisión sistemática y metaanálisis. *Gac Sanit.* 2024;38:102384.
5. Shen X, Xu H, Feng J, et al. The global prevalence of burnout among general practitioners: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract.* 2022;39:943–50.
6. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol.* 2001;30:427–32.
7. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber sobre los desequilibrios de médicos en España? Diagnóstico y propuestas. *Informe SESPAS 2024.* *Gac Sanit.* 2024;38 (Supl 1):102366.
8. Hernando-Sarachaga G, Izaguirre-Olaizola J, Aguirre-García MS. Integración del cuidado de la salud en Euskadi: estudio cualitativo y diagnóstico del proceso de implementación de Osakidetza-Sistema Vasco de Salud. *Cuad Gest.* 2021;21:61–73.
9. Esteve-Matalí L, Vargas I, Cots F, et al. ¿La integración de la gestión de servicios sanitarios mejora la coordinación clínica? Experiencia en Cataluña. *Gac Sanit.* 2022;36:324–32.
10. OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2024. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502.
12. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72:e84–90.
13. Ministerio de Sanidad. La Estrategia de Salud Digital del SNS — Plan de Transformación Digital de Atención Primaria. Informe al CISNS. 22 de septiembre de 2022. Disponible en: <https://www.somamfyc.com/wp-content/uploads/AP-Seguimiento.CISNS.Consultivo.22-09-2022-ESTRATEGIA-SALUD-DIGITAL-AP-SNS.pdf>.
14. Ministerio de Sanidad. La transformación digital de la atención primaria en el PERTE de Salud de Vanguardia: iniciativas colaborativas con las CCAA. 2023. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/transparenciaGobierno/SAA/2023/transformacionDigital.htm>.