

Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC)

D. Orozco Beltrán^a, V. Pedrera Carbonell^b, V. Gil Guillén^a, I. Prieto Erades^a, M.C. Ribera Montés^a y P. Martínez Cánovas^a

Objetivo. Describir la actividad asistencial en función de la naturaleza de la consulta (previsibilidad) y las necesidades de los pacientes (contenido clínico). Analizar la relación con las características de la consulta, del paciente y del centro.

Diseño. Estudio observacional descriptivo multicéntrico.

Emplazamiento. Atención primaria. Área 17 de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Población de 197.316 habitantes. Trece centros de salud.

Participantes. Recogida de información en tiempo real por un observador externo. Muestreo aleatorio estratificado de 2.051 pacientes que ocasionaron 3.008 motivos de consulta médica.

Mediciones principales. Consulta previsible (Pr): se puede prever su contenido (revisiones, recogida de resultados). Consulta imprevisible (Ip): no podemos prever su contenido (problemas agudos) y surgen inesperadamente. Engloba la consulta urgente. Consulta administrativa (Ad): tareas burocráticas (recetas, partes de confirmación, certificados). Consulta asistencial (As): prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad, o realizar seguimiento de ésta. Variables del paciente, el centro y la consulta.

Resultados. El 60% (n = 1.809; IC del 95%, 58,69-61,59%) de los motivos fueron previsibles y el 40% (n = 1.199; IC del 95%, 36,6-43,12%), imprevisibles. El 50% (n = 1.509; IC del 95%, 47,26-53,06%) fueron consultas asistenciales y el 50% (n = 1.499; IC del 95%, 46,34-53,39%), administrativas. El 40% (n = 1.189; IC del 95%, 37,78-41,28%) fueron previsibles-administrativas y tan sólo un 21% (n = 620; IC del 95%, 19,16-22,06%) resultaron de carácter previsible-asistencial. El 30% (n = 889; IC del 95%, 27,92-31,18%) fueron de carácter imprevisible-asistencial y el 10% (n = 310; IC del 95%, 9,22-11,4%), imprevisibles-administrativas. En los pacientes con un único motivo, el 48% (n = 577; IC del 95%, 44,25-52,05%) fueron consultas previsibles-administrativas. Los centros docentes o informatizados tienen menos carga de consultas previsibles-administrativas. Éstas aumentan con la edad del paciente y con la presión asistencial.

Conclusiones. Casi un 40% de los motivos de consulta son previsibles-administrativos, lo que implica una gestión clínica inadecuada. Sería necesaria una intervención que permitiera liberar tiempo médico consumido en asuntos burocráticos para dedicarlo a la tarea asistencial propiamente dicha.

Palabras clave: Gestión clínica. Atención primaria. Práctica clínica.

CLINICAL MANAGEMENT OF CONSULTATIONS: CLINICAL CONTENT AND PREDICTABILITY (SyN-PC STUDY)

Objectives. To describe care activity as a function of the nature of the consultation (predictability) and the needs of the patients (clinical content). To analyse the relationship of these with the characteristics of the consultation, of the patient and of the centre.

Design. Multi-centre, descriptive, observational study.

Setting. Primary care. Area 17 of the Health Department of the Community of Valencia, with 197 316 inhabitants and 12 health centres.

Participants. Information gathering in real time by outside observer. Stratified randomised sampling of 2051 patients who gave rise to 3008 reasons for medical consultation.

Main measurements. Predictable consultations (Pr): their content can be foreseen (check-ups, picking up results). Unpredictable consultations (Unp): we cannot predict their content (acute problems may arise unexpectedly). These include urgent consultations. Administrative consultations (Ad): bureaucratic tasks (prescriptions, repeat sick-notes, sick certificates). Care consultations (Car): prevention, diagnosis and treatment of the illness, or monitoring of it. Variables here are the patient, the doctor and the consultation.

Results. 60% (1809) (95% CI, 58.69%-61.59%) of the reasons were Pr and 40% (1199) (95% CI, 36.6%-43.12%) were Unp. 50% (1509) (95% CI, 47.26%-53.06%) were Car, and 50% Ad (1499) (95% CI, 46.34%-53.39%). 40% (1189) (95% CI, 37.78%-41.28%) were Pr-Ad and only 21% (620) (95% CI, 19.16%-22.06%) were Pr-Car. 30% (889) (95% CI, 27.92%-31.18%) were Unp-Car, and 10% (310) (95% CI, 9.22%-11.4%) Unp-Ad. 48% of patients with a single reason for attendance were Pr-Ad (577) (95% CI, 44.25%-52.05). Teaching centres and computerised ones had less Pr-Ad load. Pr-Ad consultations increased with patient's age and with case-load.

Conclusions. Almost 40% of the reasons for consultation are Pr-Ad, which implies inadequate clinical management. An intervention is needed to free up medical time consumed by bureaucratic questions, so that this time can be devoted fully to health-care tasks.

Key words: Clinical management. Primary care. Clinical practice.

^aUnidad de Investigación y Docencia. Área 17. Comunidad Valenciana. España.

^bDirección de Atención Primaria. Área 17. Elda (Alicante). España.

Al final del artículo se expone la relación de los miembros del grupo de investigación del estudio SyN-PC (situación y necesidades en práctica clínica).

Correspondencia:
Domingo Orozco Beltrán.
Unidad de Investigación y Docencia. Área 17.
Dirección de Atención Primaria.
Avda. de Acacias, 31, 3.ª planta.
03600 Elda (Alicante). España.
Correo electrónico:
orozco_dom@gva.es

Manuscrito recibido el 26 de marzo de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 16 de julio de 2003.

Introducción

La gestión clínica se define como una iniciativa dirigida a optimizar la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente en las mejores condiciones para el profesional y a un coste que la administración pueda asumir¹.

Su objetivo final es mejorar la calidad del servicio sanitario e implicar a todos los profesionales que participan en él.

La gestión de la consulta debe comenzar con el análisis de cada realidad concreta^{2,3}. Cuando conocemos el cuánto, el qué y el cómo de lo que estamos haciendo en la consulta, estamos en disposición de escoger las soluciones más pertinentes. Esto nos permitirá mejorar la utilización de las dos herramientas fundamentales que la condicionan²: los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo).

Para gestionar la demanda es necesario conocer previamente de forma cuantitativa y cualitativa su realidad. El análisis cuantitativo permite conocer el número de pacientes atendido por cada profesional y relacionarlo con la población asignada^{4,5}. El análisis cualitativo permite clasificar las visitas según su motivo de consulta y su previsibilidad.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre gestión clínica utiliza fuentes secundarias, es decir, la historia clínica o los documentos de registro de actividad, sin evaluar la calidad, la fiabilidad y la homogeneidad de estos registros^{6,7}. Esto puede comportar un importante sesgo de medición que limite su validez interna. En este estudio pretendemos conocer, mediante datos obtenidos de fuentes primarias (observador externo), la situación real en la que se encuentran las consultas médicas de atención primaria de nuestra área de salud, con el fin de plantear soluciones que permitan avanzar en la planificación y la gestión de las consultas, así como optimizar los recursos y mejorar, en definitiva, la calidad asistencial.

El objetivo fundamental de nuestro trabajo es describir la actividad asistencial en función de la naturaleza de la consulta (previsibilidad) y las necesidades de los pacientes (contenido clínico) y analizar la relación que con dicha actividad tienen las características de la consulta, del paciente y del centro.

Material y métodos

Estudio observacional transversal multicéntrico. El presente trabajo forma parte de un estudio más amplio denominado SyN-PC (Situación y Necesidades en la Práctica Clínica).

Ámbito del estudio

El estudio se realizó en la atención primaria del Área 17 de la Comunidad Valenciana. Esta área está cubierta al 100% por el

nuevo modelo de atención primaria, con 13 centros de salud. Se compone de las poblaciones de Biar, Monovar, Pinoso, Sax, Aspe, Novelda, Petrer (2 centros de salud), Villena (2 centros de salud) y Elda (3 centros de salud). Se trata de una comarca del interior de la provincia de Alicante que presenta una demanda sanitaria bastante estable careciendo de puntos turísticos que condicionen una gran variabilidad. Existe un hospital comarcal docente de referencia (Hospital General de Elda).

Población diana

Población censada por el Sistema de Información Poblacional (SIP) en el Área 17, que corresponde a una población de 197.316 habitantes. Consultas médicas de atención primaria del Área 17 (n = 142).

Población de estudio

Población mayor de 14 años que solicita consulta de medicina de familia del Área 17 de la Comunidad Valenciana.

Criterios de inclusión

Edad mayor de 14 años. Se incluyó a todo paciente valorado por el médico en la consulta, el domicilio, en el servicio de urgencias o telefónicamente.

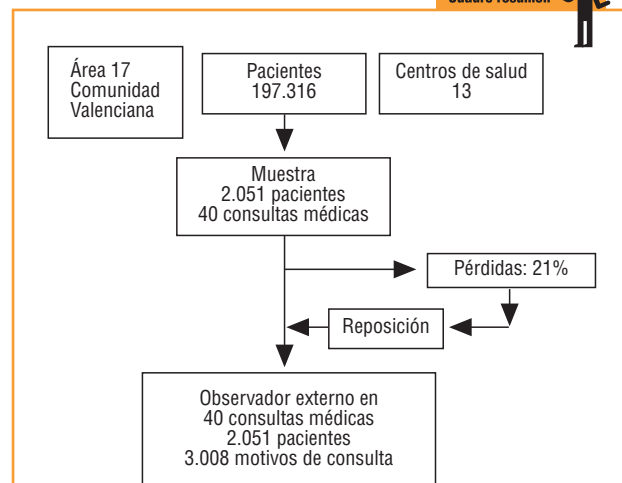
Criterios de exclusión

Negativa del médico a incluir los datos de su consulta en el estudio.

Muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizó con un error alfa del 1% y una precisión (e) del 3%, corrigiendo el cálculo para una pobla-

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio SyN-PC (Situación y Necesidades de la Práctica Clínica). Estudio observacional, transversal, multicéntrico para conocer los tipos de consulta de medicina de familia en un Área de Salud de la Comunidad Valenciana.

ción finita de 197.316 habitantes y asumiendo unas pérdidas del 10%, con lo que resultó un tamaño de 2.028 sujetos procedentes de 40 consultas médicas del Área 17.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por centro docente, informatizado y según la zona fuera urbana, semiurbana o rural, y el día elegido se recogieron todas las actividades asistenciales efectuadas por el médico seleccionado.

En el sorteo se incluyó a los 142 médicos del área de salud. Se seleccionaron 40 consultas. Se incluyeron consultas de horario de mañana y de tarde. Los médicos que, tras ser elegidos en el sorteo no quisieron participar fueron sustituidos con el siguiente número aleatorizado del mismo centro. De los 63 médicos seleccionados por sorteo 13 no quisieron participar, lo que representa un 21% de los números aleatorizados.

Recogida de la información

La labor de campo fue realizada por 20 residentes de medicina familiar y comunitaria de primer y segundo año del área de Elda que actuaron como observadores externos en la consulta. Se llevó a cabo una reunión previa para homogeneizar los criterios. Se realizó un estudio piloto para detectar deficiencias.

Variables analizadas

Actividad asistencial: previsibilidad y contenido clínico. La metodología empleada fue el análisis de la actividad asistencial, según Casajuana^{1,2}, que enfrenta en una tabla de 2 x 2 la naturaleza de la consulta (previsibilidad) con las necesidades (contenido clínico), utilizando para ello los motivos de consulta.

Se define los siguientes tipos de consulta:

- Consulta previsible (Pr): se puede prever su contenido (revisiones, recogida de resultados).
- Consulta imprevisible (Ip): no podemos prever su contenido (problemas agudos) y surge inesperadamente. Engloba la consulta catalogada como urgente por el personal sanitario o por el propio paciente.
- Consulta administrativa (Ad): comprende las tareas burocráticas, como la expedición de recetas, partes de incapacidad temporal, certificados o cartillas de largo tratamiento.
- Consulta asistencial (As): su finalidad es prevenir, diagnosticar y/o tratar la enfermedad, así como realizar el seguimiento de ésta.

Si relacionamos las necesidades de asistencia con la naturaleza de las consultas para la gestión de la demanda, podemos clasificar la actividad asistencial en el centro en 4 situaciones (tabla 1):

1. Situación A o necesidades de asistencia que son previsible (Pr-As). Correspondería sobre todo a la recogida de pruebas complementarias por parte del paciente y a las consultas de revisión, tanto de las enfermedades crónicas como de las agudas.
2. Situación B o necesidades administrativas previsible (Pr-Ad). Correspondería sobre todo a la expedición de recetas para enfermos crónicos, partes de confirmación de incapacidad transitoria, volantes repetidos de ambulancias e informes programados.
3. Situación C o necesidad no previsible asistencial (Ip-As). Corresponde principalmente a las enfermedades agudas o crónicas reagudizadas. Esta demanda no es fácil de gestionar y sería menos prioritaria.
4. Situación D o necesidad no previsible administrativa (Ip-Ad). Incluye aspectos como la solicitud de informes (p. ej., certificados

TABLA 1 Actividad asistencial: relación entre las necesidades de asistencia con la naturaleza de las consultas

Naturaleza de la consulta	Necesidades	
	Asistenciales	Administrativas
Previsible	Situación A	Situación B
	Revisión de crónicos	Partes confirmación IT
	Recogida de pruebas	Recetas crónicas
Imprevisible	Actividades preventivas	Volantes repetidos
		Informes programados
	Situación C	Situación D
	Enfermedades agudas	Informes
	Altas hospitalarias	Volantes
		Certificados
		Recetas de alta hospitalaria

IT: incapacidad transitoria.

para balnearios), volantes para analítica, volantes para especialistas, partes de baja o recetas de altas hospitalarias.

Características de la consulta

Incluyen el tiempo asistencial, la presión asistencial (número de visitas que realiza el médico en un día), el número de motivos de consulta por paciente y el tipo de consulta (se especificó si la consulta era a demanda, solicitada por iniciativa del paciente o programada por iniciativa del médico; también si estaba o no citada en la hoja de trabajo del día y si era o no urgente, según fuera clasificada por el personal sanitario o por el propio paciente).

Características del paciente

En cuanto a las características del paciente, se analizaron la edad y el sexo.

Características del centro

Se determinó si el centro era docente (Petrer, Novelda y Elda-Acacias) para la formación de medicina familiar y comunitaria; si era rural (Biar, Monovar, Pinoso y Sax; < 15.000 habitantes), semiurbano (Aspe, Novelda, Petrer y Villena; > 15.000 y < 50.000 habitantes) o urbano (Elda) y si estaba informatizado (Petrer y Elda-Acacias).

Calendario y fases del estudio

- Octubre de 2001. Elaboración de un protocolo de recogida de datos por la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17.
- Noviembre-diciembre de 2001. Presentación y consenso del protocolo a los coordinadores de equipo, a la unidad docente de medicina familiar y comunitaria y a los residentes del Área 17. Estudio piloto.
- Enero de 2002. Realización del estudio en el día señalado y en los centros de salud previa autorización de los médicos seleccionados.
- Febrero-junio de 2002. Análisis de los resultados en la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17.
- Octubre de 2002. Comunicación y discusión de los resultados con los profesionales sanitarios.

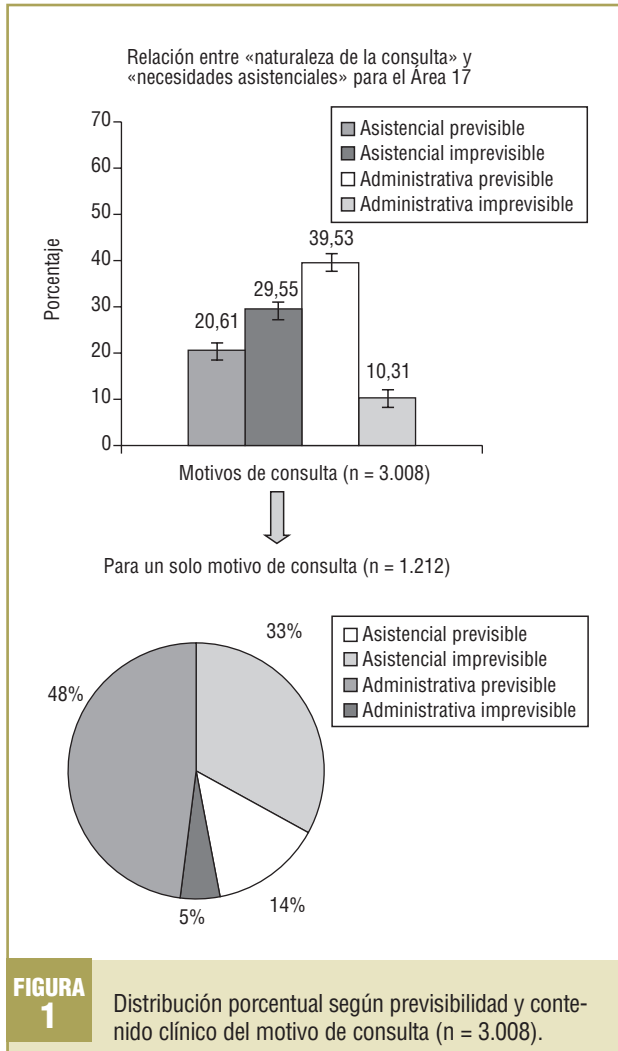


FIGURA 1 Distribución porcentual según previsibilidad y contenido clínico del motivo de consulta (n = 3.008).

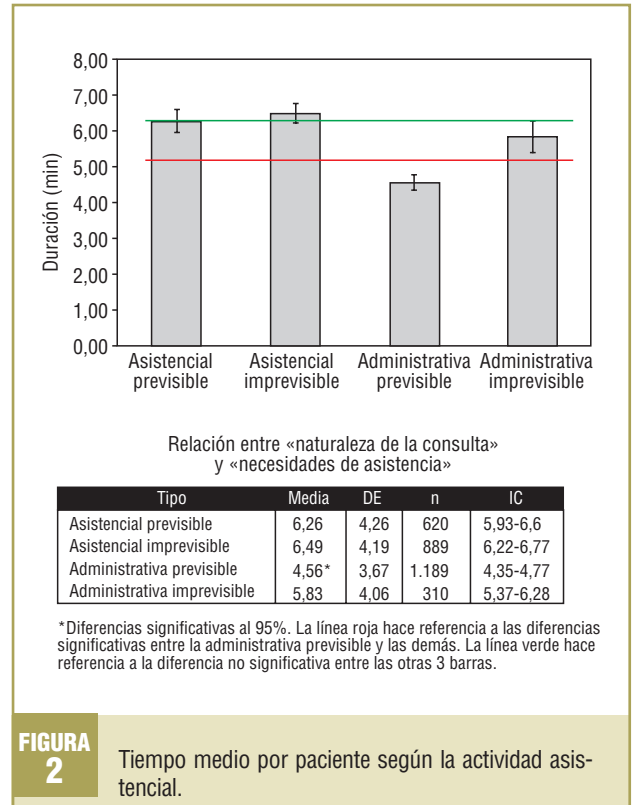
Análisis estadístico

Para el procesamiento informático se creó una base de datos en Microsoft Acces 2000. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS-PC para Windows versión 10.0. Para estudiar la significación estadística entre variables se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95%, considerando significativas las diferencias si los intervalos no tenían valores comunes. Para determinar la relación entre variables cuantitativas, se utilizó el test de correlación y regresión lineal.

Resultados

Características generales

Se recogió un total de 2.051 encuestas. Cada encuesta pertenece a un paciente, por lo que se estudió a 2.051 pacientes. Ahora bien, el motivo de consulta puede ser único o múltiple, con lo que en total se registraron 3.008 motivos. Las características de la demanda son objeto de otra publicación. A modo de resumen destacamos los principales indicadores: el tiempo medio de consulta por paciente fue de



5,38 min. La media de la presión asistencial fue de 51 consultas por médico y día. Un 60% de las consultas resultó tener un solo motivo de consulta; un 32%, 2 motivos y un 8% tenía 3 o más motivos de consulta. El 76,4% acudió con cita previa. El 68,2% acudió a demanda, el 11,1% con una visita programada y el 6,6% de forma urgente. En un 14% acudió un familiar en lugar del paciente.

La edad media ± desviación estándar de las personas atendidas fue de 56,3 ± 20,1 años. Un 23,8% de las consultas las realizaron personas menores de 40 años; un 43,5%, personas entre 40-70 años, y un 32,8%, mayores de 70 años. Respecto al sexo, el 40,2% de las consultas las efectuaron varones y el 57,5%, mujeres. En el 2,7% no constaba el dato.

El 9,8% de las consultas se atendieron en un medio rural, el 41,2%, en un medio semiurbano y el 49%, en uno urbano. El 23% se llevó a cabo en un centro informatizado y el 38,8%, en un centro docente.

Actividad asistencial: previsibilidad y contenido clínico

Del global de los motivos de consulta analizados, un 60,14% (IC del 95%, 58,69-61,59%) fueron previsibles y el 39,86% (IC del 95%, 36,6-43,12%), imprevisibles. El 49,84% (IC del 95%, 46,34-53,39%) fueron administrativos y el 50,16% (IC del 95%, 47,26-53,06%), asistenciales. El 20,61% (IC del 95%, 19,16-22,06%) son Pr-As, el 29,55% (IC del 95%, 27,92-31,18%) son Ip-As, el 39,53% (IC del 95%, 37,78-41,28%) son Pr-

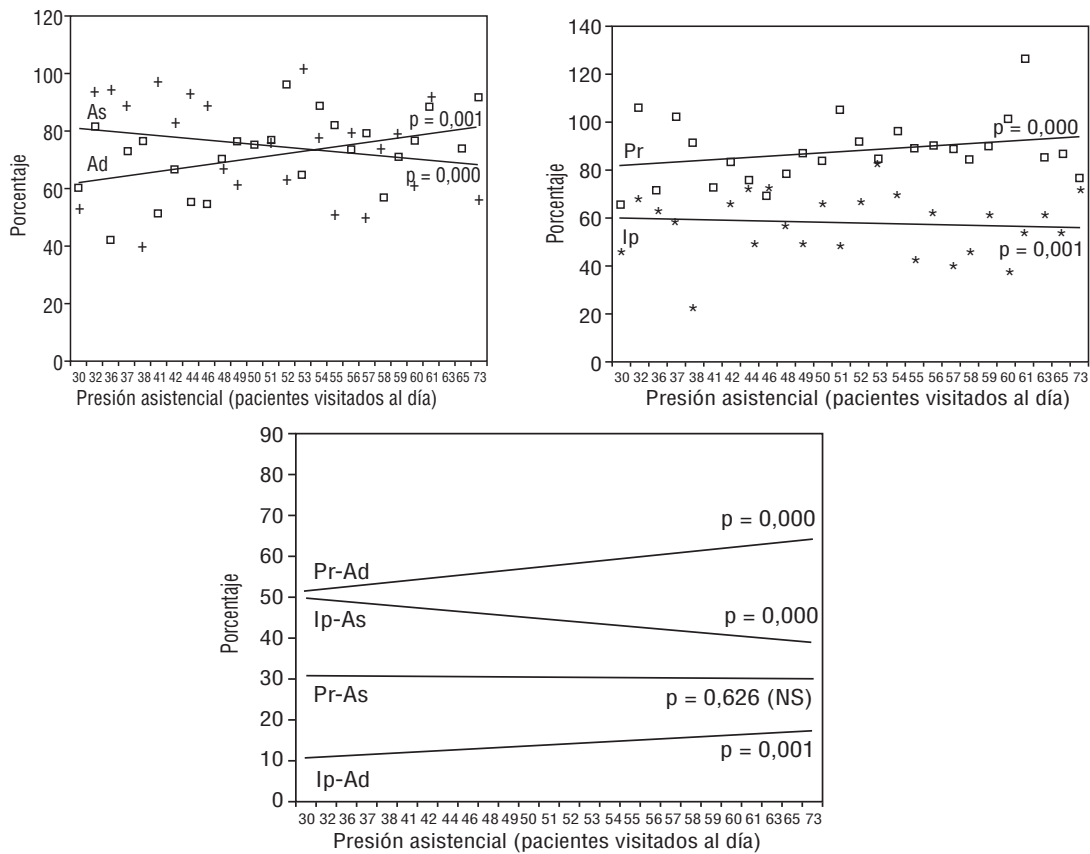


FIGURA 3

Presión asistencial y actividad asistencial. As: asistencial; Ad: administrativa; Pr: previsible; Ip: imprevisible.

Ad y el 10,31% (IC del 95%, 9,22-11,4%), Ip-Ad. De los que solamente tenían un motivo de consulta, el 52,73% era de tipo administrativo y el 47,28%, asistencial (fig. 1).

Actividad asistencial (AA) y características de la consulta

En la figura 2 presentamos la actividad asistencial en función de la duración media de las consulta/paciente. Las consultas Pr-Ad son las que tienen una duración media inferior (4,5 frente a 6 min). No apreciamos diferencias en el tiempo asistencial para los otros tipos de consulta.

En la figura 3 caracterizamos la actividad asistencial en función de la presión asistencial. Los motivos administrativos se relacionan de forma directa con la presión asistencial, y los motivos asistenciales lo hacen de forma inversa. Se obtienen los siguientes coeficientes de correlación de Pearson con la presión asistencial: Pr-As ($r = 0,344$; $p = 0,030$), p-As ($r = -0,4425$, $p = 0,006$), Pr-Ad ($r = 0,755$; $p = 0,000$), Ip-Ad ($r = 0,4422$; $p = 0,007$).

En la tabla 2 se representa la distribución de la actividad asistencial para los tipos de consulta. Los pacientes citados

presentan mayor número de motivos de consulta previsible que los no citados. Las consultas asistenciales imprevisibles son significativamente más frecuentes entre los pacientes no citados. No apreciamos diferencias respecto a las consultas administrativas imprevisibles entre ambos grupos.

Actividad asistencial y características de los pacientes

La actividad asistencial es similar en varones y mujeres en cuanto a Pr-As (19,95% [IC del 95%, 17,67-22,22%] frente a 21,09% [IC del 95%, 19,18-22,99%]), Ip-As (29,63% [IC del 95%, 27,03-32,22%] frente a 29,99% [IC del 95%, 27,85-32,12%]), Pr-Ad (39,14% [IC del 95%, 36,36-41,91%] frente a 39,51% [IC del 95%, 37,23-41,79%]) e Ip-Ad (11,28% [IC del 95%, 9,48-13,07%] frente a 9,41% [IC del 95%, 8,04-10,77%]). Respecto a la edad, se observan diferencias para los 3 grupos de edad: los pacientes más jóvenes presentan el mayor porcentaje de consultas Ip-As, que van descendiendo a medida que aumenta la edad. Para las consultas Pr-Ad ocurre de manera inversa (fig. 4).

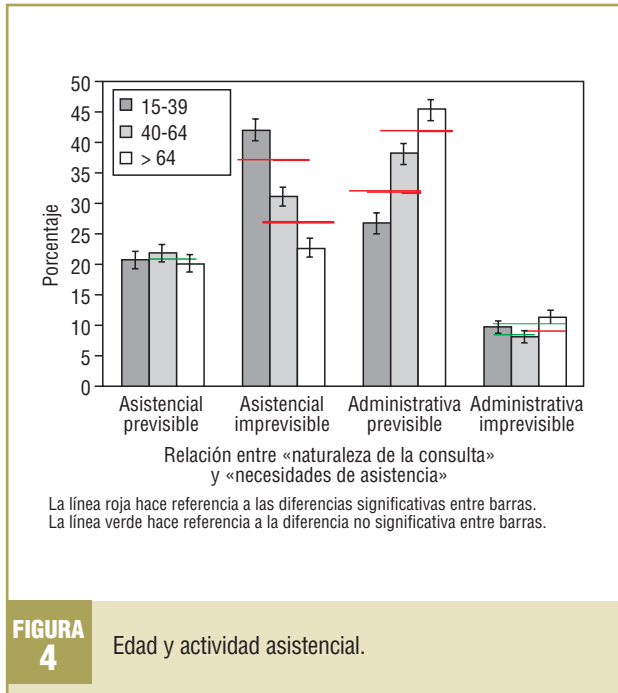


TABLA 2 Distribución de la actividad asistencial (motivos de consulta) según el tipo de consulta (n = 3.008)

	Citado	No citado	No consta
Previsible asistencial			
n (%)	512 (21,52*)	90 (16,48*)	18 (21,69)
IC del 95%	19,87-23,17	13,37-19,59	12,82-30,55
Imprevisible asistencial			
n (%)	665 (27,95*)	219 (40,11*)	5 (6,02)
IC del 95%	26,14-29,75	35,99-44,22	0,90-11,14
Previsible administrativa			
n (%)	982 (41,28*)	184 (33,70*)	23 (27,71)
IC del 95%	39,29-43,25	29,73-37,66	18,08-37,33
Imprevisible administrativa			
n (%)	220 (9,25)	53 (9,71)	37 (44,58)
IC del 95%	8,08-10,41	7,22-12,19	33,88-55,27
Total (%)	100	100	100
Urgente			
Previsible asistencial			
n (%)	22 (13,02*)	576 (21,04*)	22 (21,78)
IC del 95%	7,94-18,09	19,51-22,56	13,73-29,83
Imprevisible asistencial			
n (%)	119 (70,41*)	764 (27,90*)	6 (5,94)
IC del 95%	63,53-77,29	26,22-29,58	1,33-10,55
Previsible administrativa			
n (%)	17 (10,06*)	1141 (41,67*)	31 (30,69)
IC del 95%	5,52-14,59	39,82-43,51	21,69-39,68
Imprevisible administrativa			
n (%)	11 (6,51)	257 (9,39)	42 (41,58)
IC del 95%	2,78-10,22	8,29-10,47	31,97-51,19
Total (%)	100%	100%	100%
Programada			
Previsible asistencial			
n (%)	183 (48,16*)	414 (16,39*)	23 (22,55)
IC del 95%	43,13-53,18	14,94-17,83	14,43-30,65
Imprevisible asistencial			
n (%)	62 (16,32*)	821 (32,50*)	6 (5,88)
IC del 95%	12,60-20,03	30,67-34,32	1,31-10,44
Previsible administrativa			
n (%)	107 (28,16*)	1.052 (41,65*)	30 (29,41)
IC del 95%	23,63-32,68	39,72-43,56	20,56-38,25
Imprevisible administrativa			
n (%)	28 (7,37)	239 (9,46)	43 (42,16)
IC del 95%	4,74-9,99	8,32-10,60	32,57-51,74
Total (%)	100	100	100

*Diferencias significativas al 95%.

Actividad asistencial y características de los centros
Los centros informatizados tienen menor carga de consultas Pr-Ad (IC del 95%, 48-51,58 frente a 58,8-62,29) y una proporción algo mayor de Ip-Ad (IC del 95%, 16,91-19,67 frente a 12,86-15,35), diferencias que son estadísticamente significativas. No se aprecian diferencias significativas respecto a las consultas asistenciales.

Los centros docentes tienen significativamente más consultas Pr-As (IC del 95%, 33,38-36,79 frente a 24,63-27,77) e Ip-As (IC del 95%, 44,93-48,49 frente a 38,79-42,3), más consultas Ip-Ad (IC del 95%, 16,81-19,56 frente a 11,38-13,75) y menos consultas Pr-Ad (IC del 95%, 50,85-54,42 frente a 60,65-64,11) que los no docentes.

Se aprecian diferencias significativas en la carga de consultas Pr-As en los centros semiurbanos frente a los rurales y urbanos (IC del 95%, 31,97-35,35 frente a 26,28-29,49 frente a 23,26-26,35), e Ip-Ad (IC del 95%, 15,06-17,7 frente a 12,34-14,79 frente a 12,39-14,84), con porcentajes discretamente mayores. Los centros urbanos presentan una menor proporción de carga Ip-As que los semiurbanos o rurales (IC del 95%, 37,24-40,73 frente a 43,69-47,25 frente a 41,44-44,98).

Discusión

Aunque la reforma de la atención primaria ha conseguido notables mejoras⁸, existe una sensación bastante generalizada de que la presión asistencial es excesiva, con una media de 6 visitas por habitante y año⁹. Según el Obser-

vatorio Europeo de Sistemas de Cuidados de la Salud (Oficina Regional de la OMS para Europa), España es el país europeo que tiene el sistema sanitario con la accesibilidad más alta, del 92%, con sólo 0-1 días de espera para el médico de atención primaria. Además, es el que tiene el número más elevado de pacientes por semana y médico (con una media de 154 pacientes, frente a los 94 de Finlandia, los 98 de Portugal y los 90 de Suecia) y el que dedica menos tiempo por paciente^{10,11}. Los médicos de atención primaria españoles soportan, por tanto, una mayor carga de trabajo que los del resto de los países de su entorno⁹.

Respecto a la metodología del estudio, el hecho de recoger la información mediante un observador externo en la consulta nos ha permitido categorizar la información de forma homogénea y más objetiva, lo que consideramos que aporta mayor validez a los resultados obtenidos que la clásica revisión de historias clínicas. También hay nuevos proyectos en marcha para poder evaluar los resultados de la atención primaria de forma más objetiva¹². Ahora bien, somos conscientes de que el efecto de sentirse observado podría influir en la actuación del médico (dedicando más tiempo a los pacientes o realizando más actividades clínicas); sin embargo, en el caso de este artículo sólo se valoran los motivos de consulta de los pacientes y no la actividad del médico, por lo que no se vería afectado por esa circunstancia. Sólo el tiempo de consulta por paciente podría haberse modificado. En cualquier caso, el valor obtenido sería el mejor posible.

Un 20% de los médicos no quisieron que su consulta participara en el estudio y fueron sustituidos por otros elegidos al azar. Aunque este hecho puede suponer un sesgo de selección, consideramos que el porcentaje es bajo y que el conjunto de médicos es representativo del área, pues el muestreo se realizó de forma estratificada para garantizar la participación de los diferentes centros: rurales o no, informatizados o no, docentes o no. Tampoco existen grandes diferencias en el área en cuanto al número de tarjetas sanitarias asignadas a cada médico, cuya media es de 1.800.

El hecho de categorizar las consultas en función de su contenido clínico y previsibilidad según la metodología de Casajuana^{1,2} es muy interesante desde el punto de vista de la gestión y muy práctico, pero al tratarse de una metodología novedosa carecemos de elementos de comparación. Hemos registrado todos los motivos de consulta del paciente. Utilizar más de un motivo de consulta por paciente puede alterar un poco los resultados, dado que, en general, hay que suponer que las personas acuden básicamente por una causa asistencial o administrativa, pero es difícil que coincidan ambas a la vez como motivo principal. Por ello, es posible que al utilizar más de un motivo sobrerregistremos las consultas asistenciales.

Por otro lado, al tratarse de una evaluación de nuestro sistema sanitario, es difícil la comparación con estudios rea-

lizados en otros países. La extrapolación de nuestros resultados sólo es aplicable al modelo español.

Respecto a los resultados obtenidos sobre la actividad asistencial, hay que destacar que, aunque el 60% de los motivos de consulta son previsibles, el 90% de los pacientes acuden de forma no programada, a demanda, es decir, gestionada por los pacientes. Si citamos todas las consultas previsibles antes de que se vayan, estaremos nosotros, y no los usuarios, gestionando las tres cuartas partes de la actividad, lo que permite decidir qué día acudirán, con cuánto tiempo disponible de consulta y con qué profesional, y descongestionamos el teléfono, dado que todos estos pacientes ya tendrán su cita antes de salir del centro. Respecto a las características de la consulta, aunque observamos que las Pr-Ad tienen una duración media inferior (4,5 frente a 6 min), es importante resaltar que muchas veces se aprovecha la circunstancia para «otras cosas». Es eso que suele conocerse como el «pues ya que estoy aquí». En general, las consultas «poyaque» suelen ser consultas administrativas que se aprovechan para alguna demanda asistencial, generalmente banal, que hace consumir un tiempo extra.

Al relacionar los motivos de consulta con la presión asistencial observamos una relación directa de los motivos Ad e inversa con los As. Es decir, cuanto mayor es la presión asistencial, más son los motivos administrativos y menos los asistenciales. Esto indica que el exceso de consulta se relaciona con una gestión clínica inadecuada. Las medidas de desburocratización serían prioritarias, especialmente en las consultas de mayor presión.

Respecto a los tipos de consulta, debe destacarse el hecho de que el 34% de las consultas que acudían sin cita previa y el 10% de las urgentes eran por motivo Pr-Ad, lo que evidencia la necesidad de aplicar estrategias de educación sanitaria relacionadas con el paciente, con independencia de que se mantenga la alta accesibilidad del sistema¹³.

En cuanto a las características de los pacientes, destacaremos que los jóvenes realizan una mayor proporción de consultas Ip-As, las cuales descienden con la edad, mientras las Pr-Ad son menores entre los pacientes jóvenes y aumentan con la edad. Los cupos con una mayor proporción de ancianos tendrán un número más elevado de Pr-Ad y deberán implantar medidas desburocratizadoras para evitar una presión excesiva.

Respecto a las características de los centros, los informatizados presentan una menor proporción de Pr-Ad, lo que implicaría una mejor gestión, al igual que los centros docentes. Los urbanos y semiurbanos tienen una menor carga Ip-As, lo que permite una gestión más fácil de la consulta, pues gestionar la Ip-As es más complejo.

Las proporciones del grado de previsibilidad y contenido clínico de las consultas coinciden bastante con las ofrecidas por Casajuana para centros con «mínima organización»¹: un 30% de Pr-As, un 20% de Ip-As, un 48% de Pr-Ad y un 2% de Ip-Ad con una presión asistencial habitual de 60 pacientes/día. En nuestro caso, los porcentajes res-

Discusión
Cuadro resumen**Lo conocido sobre el tema**

- La evaluación de la demanda sanitaria se basa fundamentalmente en revisión de las historias clínicas o de las hojas de registro de actividad.
- Existe una elevada demanda a los médicos de atención primaria.
- El tiempo por paciente atendido es escaso.

Qué aporta este estudio

- Caracterizar la demanda sanitaria en función de su previsibilidad y de su contenido clínico o burocrático. El 40% de las consultas son burocráticas y previsibles.
- Los centros informatizados, docentes, tienen menos cargas burocráticas previsibles.
- La presión asistencial se relaciona de forma directa con la proporción de consultas administrativas y de forma inversa con las asistenciales.
- Una buena gestión de la consulta que evitara las consultas burocráticas y previsibles permitiría, en teoría, reducir la demanda al 60% y casi duplicar el tiempo de atención al paciente.

pectivos son del 20, 29, 40 y 10%, con una presión de 50 pacientes/día (cada día visitamos a 20 pacientes por un motivo Pr-Ad). El objetivo debe ser conseguir porcentajes de consultas organizadas que sean del 35, 50, 13 y 2%, respectivamente. Si se actúa sobre la Pr-Ad y se consigue una reducción de 20 a 6 pacientes/día, ya nos acercamos más a estos porcentajes, con una frecuentación de 36 pacientes/día.

Este exceso de demanda administrativa es uno de los aspectos que queda claramente reflejado en este estudio. Controlar esta demanda, en su mayoría previsible, debe ser un objetivo prioritario en cualquier centro de salud¹⁴. Las consultas Pr-Ad deben estar fuera de la consulta médica y ser realizadas por el personal administrativo que, a su vez, también debe intentar resolver el mayor número posible de las consultas Ip-Ad. Se ha cuantificado que una sola persona en 3 h es capaz de realizar las recetas de 6 médicos⁹. Se dice que el 50-60% de la demanda es autoinducida (visitas concertadas, segundas visitas, burocráticas)⁹ y existen diferencias importantes entre centros^{15,16}. Tampoco puede olvidarse la responsabilidad de la Administración en estos temas⁹, ya que autorizar recetas que permitieran incluir varios fármacos o adaptar la

periodicidad de la revisión de los pacientes con incapacidad transitoria según la indicación médica evitaría muchas visitas burocráticas¹⁴.

Aparte de la desburocratización de las consultas, deben existir protocolos de actuación entre los distintos componentes de los equipos de atención primaria, de modo que se distribuya el trabajo de manera más equitativa, eficaz y resolutive para el paciente¹⁷.

Las consultas Ip-As, que constituyen el segundo grupo de consultas en cuanto a su número, son las más difíciles de gestionar¹, aunque hay experiencias al respecto. Pueden ser valoradas en primer lugar por enfermería (en algunos centros ya se hace con las consultas urgentes) que, según los protocolos ajustados a cada problema de salud, desarrollará las exploraciones adecuadas para una mejor y más completa valoración posterior por parte del médico, si se considera necesaria. Además, en esa línea, se ha descrito una mayor satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería, en el manejo de enfermedades de baja complejidad, si se compara con la atención médica recibida para estos mismos procesos¹⁸. Cebrián¹⁹ también ha realizado propuestas adaptadas a nuestro medio.

Las consultas Pr-As se basan fundamentalmente en el seguimiento de enfermedades crónicas y en la recogida de pruebas complementarias (analíticas y radiografías). El seguimiento del paciente crónico por parte del médico debe reducirse a las consultas en las que se precise una intervención en el manejo de la enfermedad, pues el control debe ser realizado en primer lugar por enfermería. Las consultas para entregar resultados de pruebas complementarias son otra actividad que podría ser realizada por enfermería si previamente son revisadas por ambos profesionales y se deciden, de forma conjunta, las actuaciones a seguir en el caso de que resulten alteradas. No obstante, necesitaríamos disponer de un estudio similar realizado en las consultas de enfermería para conocer la realidad antes de realizar intervenciones.

La consulta telefónica (prácticamente inexistente en nuestra área) realizada por el médico o el enfermero puede ser de gran utilidad para recabar información sobre el paciente de baja, para acordar un alta⁹ o para comentar los resultados normales de una analítica. Dedicar 1 h semanal a esta actividad puede ser muy provechoso y evitaría visitas médicas por estos motivos.

También serían necesarias otras medidas, como las entrevistas con pacientes hiperfrecuentadores o, a más largo plazo, fomentar en la población la educación para la salud, el autocuidado en el proceso salud-enfermedad y el uso adecuado de los servicios sanitarios.

Con una mejor gestión de la burocracia de la consulta, que permita el adecuado manejo de las consultas previsible (las Pr-Ad no deberían suponer más del 15%), y una mayor coordinación médico-enfermería se conseguiría una mejor organización de la asistencia, mejores niveles de salud y una mayor satisfacción de la población con su siste-

ma sanitario, evitando así el desgaste profesional y la inadecuación de recursos.

Agradecimiento

Expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Josep Casajuana por sus comentarios y aportaciones, que han permitido mejorar el artículo.

También agradecemos al Dr. Amando Martín-Zurro su amabilidad al permitirnos presentarle el proyecto del estudio SyN-PC y aportarnos sus opiniones.

Miembros del grupo de investigación del estudio SyN-PC (Situación y Necesidades en Práctica Clínica)

D. Orozco Beltrán, V. Pedrera Carbonell, V. Gil Guillén, I. Prieto Erades, M.C. Ribera Montés, P. Martínez Cánovas, A. Mira Vicedo, E. Viñes Martínez, y los residentes de medicina familiar y comunitaria de primer y segundo año del área: F. Ponce Lorenzo, J. Pérez Cutillas, A.M. Salvador Salvador, A.F. Perea Fernández, B. Poveda Sentenero, R. Navarro Hernández, S. González Cruz, C. Beneyto Ripoll, C. Micó Domene, M.A. Ibáñez Gil, M.T. Ortiz Tobarra, F. Mas Mullor, M.C. Ribera Montés, B. Álvarez García, J. Belmonte Justamante, A. Oliver Ramírez, M. Gómez Trigueros, P.J. Fernández Arroyo, A.M. García Quintante e I. González Muñoz.

Bibliografía

- Casajuana J. La organización funcional del EAP. En: Oyarzabal JI, coordinador. Manual del curso de Gestión día a día en el equipo de atención primaria. Curso a distancia. Módulo 1. Madrid: semFYC, 2002.
- Casajuana J. Los sistemas de información para mejorar la capacidad resolutive. *Quaderns CAPS* 1998;27:57-60.
- Mendoza C, Martínez MJ, González MJ, De Maya MC, Gómez D. El conocimiento de la actividad asistencial: ¿otro factor profesional relacionado con la utilización? *Aten Primaria* 2000;25:107-17.
- Fernández MI, Asenjo M, Fernández E, Martínez M, Molina G, Moreno A. Efectividad de medidas organizativas en la mejora de gestión del programa de cita previa. *Aten Primaria* 1997;20:287-92.
- González MJ, Gómez-Calcerrada D, De Maya MC, Mendoza C. El profesional y la organización en el uso de recursos de atención primaria. *Aten Primaria* 2000;26:526-32.
- Llor Vilá C. Indicadores de evaluación de la actividad profesional: asistencia, docencia e investigación. Documentos semFYC, nº 19 Madrid: semFYC, 2002.
- Urbina O, Marcuello C, Serrano GD, Garcia FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia? *Aten Primaria* 1997;20:191-4.
- Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999;24:468-74.
- Seguí M. Propuestas organizativas para mejorar la organización de las consultas. *Cuadernos de Gestión* 2002;(8):115-32.
- European Commission. European communities 2000. Eurostat. Key data on health 2000. Luxembourg: Eurostat, 2000.
- Blumenthal D, Causino N, Chang YC, Culpepper L, Marder W, Saglam D, et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999;48:264-71.
- Jiménez J, Cutillas S, Martín-Zurro A, Grupo de Trabajo M-PAR-5. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto M-PAR-5. *Aten Primaria* 2000;25:653-60.
- Bellón JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el usuario (I). C & P-sesiones clínicas, 1998. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com/sesclin/sc002/frapublicidad.htm>
- Grupo de Trabajo semFYC-Semergen. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Aten Primaria* 1997;21:489-98.
- Guarga A, Gil M, Pasarin M, Manzanera R, Armengol R, Sintet J. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria* 2000;26:600-6.
- López LA. Factores internos que influyen en la utilización de servicios en AP. *El Médico* 1997;627:46-51.
- Gallo FJ, Frías JF, García A. El equipo de atención primaria: composición y funciones. El médico de familia como miembro del equipo. En: Gallejo Vallejo FJ, et al, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: IMLC, 1997; p. 39-50.
- Horroks S, Anderson E, Sallisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-23.
- Cebrián H. Trabajando en los EAP: ¿con enfermería o sin enfermería? *Aten Primaria* 2001;28(Supl 1):45-6.