

La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar?

A.M. Ballesteros Pérez^a, A.L. García González^b, J. Fontcuberta Martínez^c, F. Sánchez Rodríguez^d, C. Pérez-Crespo^e y F. Alcázar Manzanera^f

Objetivo. Analizar los factores que influyen en la demora de entrada del paciente a la consulta médica (CM) en un centro de salud (CS).

Diseño. Ciclo evaluativo completo de calidad prospectivo.

Emplazamiento. CS-docente del Área de Salud de Cartagena (Murcia).

Sujetos. Los sujetos fueron la totalidad los de pacientes atendidos en CM las semanas del estudio (primera fase: 3.823; segunda fase: 4.247).

Mediciones principales. Las dimensiones evaluadas fueron la accesibilidad y la satisfacción del paciente, mediante cuatro criterios. Los datos se han recogido mediante el listado de cita previa y encuesta telefónica. Las medidas de intervención fueron: a) crear espacios vacíos sin cita para pacientes, en la agenda diaria, para evitar retrasos; b) crear espacios de tiempo al final de la agenda diaria para pacientes con urgencias, y c) evitar interrupciones en consulta.

Resultados. Primera fase: en el 48,3% de los días hubo pacientes con retraso mayor de 20 min al entrar en CM, con un retardo medio de espera de 21,3 min/paciente. El 63,1% de las consultas tuvo más del 5% de citas forzadas/día, de las que el 61,3% fue 377 «urgencias». En el 72,6% de las consultas hubo cinco o más interrupciones/día. El 46,7% de los pacientes considera «mucho o bastante» el tiempo que esperan para entrar en la consulta. Segunda fase: tras aplicar los criterios de mejora disminuyó el número de consultas (37,1%) con tiempo de espera superior a 20 min ($p < 0,05$). Hubo una reducción del número de consultas con citas forzadas superior al 5% del total (35,7%) ($p = 0,001$), al igual que el de consultas con más de 5 interrupciones/día (58,6%) ($p = 0,001$). El total de pacientes que están insatisfechos con el tiempo que tardan en entrar en CM es menor (40,8%) ($p < 0,05$).

Conclusiones. Ha mejorado el tiempo de espera del paciente en consulta. Se ha conseguido disminuir el número de citas forzadas y de interrupciones. La satisfacción del paciente ha mejorado con respecto al tiempo de espera en la consulta. Las medidas correctoras aplicadas parecen adecuadas para mejorar la atención.

Palabras clave: Cita previa. Accesibilidad. Satisfacción. Mejora de la calidad.

TIME SPENT WAITING AT PRIMARY CARE CLINICS: CAN THIS BE IMPROVED?

Objective. To analyse the factors that affect patients' wait at a health centre before they enter the doctor's consulting room (CD).

Design. Prospective full evaluative cycle of quality.

Setting. A teaching health centre in the Cartagena Health Area (Murcia).

Participants. All those patients seen by the doctor during the weeks of the study (1st stage: 3823; 2nd stage: 4247).

Main measurements. The dimensions evaluated were accessibility and patient satisfaction, through four criteria. Data were collected from the register of scheduled appointments and by telephone questionnaire. The intervention measures were: a) to create empty spaces without any appointments in the day's diary in order to avoid delays; b) to create spaces at the end of the day for emergency patients, and c) to avoid interruptions during the consultation.

Results. 1st stage: on 48.3% of days there were patients with a delay greater than 20 minutes on entering the CD, with a mean waiting-time of 21.3 minutes per patient. 63.1% of the consulting rooms had over 5% «unavoidable» appointments per day, of which 61.3% were «emergencies». 72.6% of the consulting rooms had 5 or more interruptions per day. 46.7% of patients thought that the time they waited before going into the consulting room was «a lot or enough». 2nd stage: after putting the improvement criteria into practice, the number of consultations with waiting time over 20 minutes dropped (37.1%) ($P < .05$). The number of unavoidable consultations over 5% of the total fell by 35.7% ($P = .001$), as did the number of consultations with over 5 interruptions per day (by 58.6%) ($P = .001$). Fewer patients were dissatisfied with the time they had to wait before going into the CD (40.8%) ($P < .05$).

Conclusions. Patients' waiting time at the clinic dropped. The number of «unavoidable» appointments and interruptions was reduced. Patients' satisfaction improved with the time they had to wait at the clinic improved. The corrective measures introduced are the right ones for correcting the situation.

Key words: Scheduled appointment. Accessibility. Satisfaction. Improved quality.

^aMédico Atención Primaria. Centro de Salud Cartagena-Casco. Cartagena. Murcia. España.

^bTécnico de Salud Pública. Unidad Docente. Cartagena. Murcia. España.

^cCoordinador Unidad Docente Medicina de Familia y Comunitaria. Cartagena. Murcia. España.

^dFarmacéutico. Gerencia Atención Primaria. Cartagena. Murcia. España.

^eMédico. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. España.

^fCentro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. España.

Correspondencia: Ana M. Ballesteros Pérez. Gómez Cortina, 13, 3.º A. 30005 Murcia. España.

Manuscrito recibido el 18 de marzo de 2002.

Manuscrito aceptado para su publicación el 2 de diciembre de 2002.

Introducción

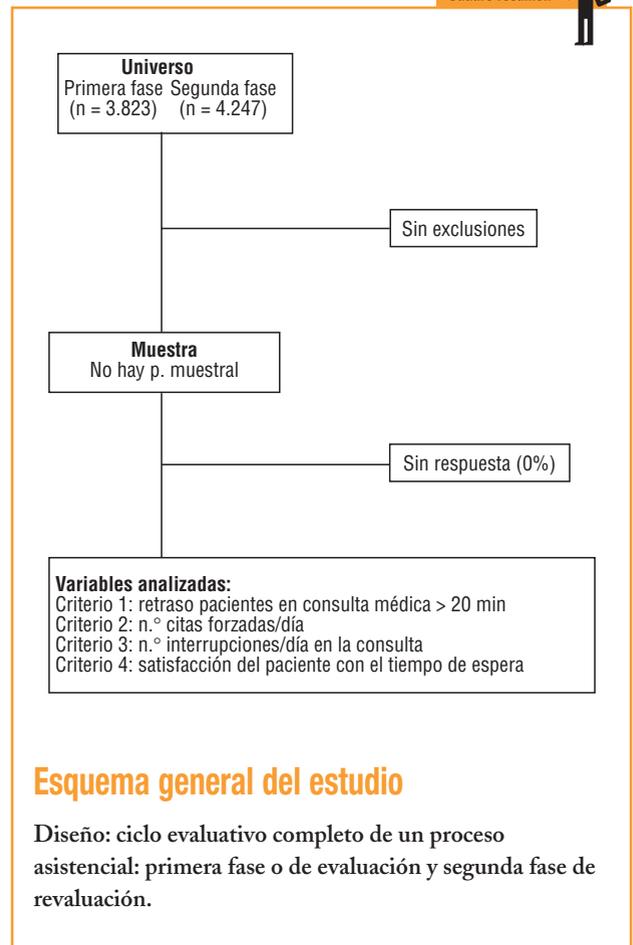
El objetivo principal de la asistencia sanitaria es llevar a cabo una buena atención que sea aceptable para la población¹. Desde hace unos años, en los que se implantaron los programas de calidad en los servicios sanitarios, hasta la actualidad, la orientación de la calidad asistencial ha ido evolucionando hacia métodos de mejora continua de la calidad, enmarcado dentro del proceso de calidad total². En dicho proceso, la satisfacción del usuario es reconocida como uno de los componentes de la calidad³⁻⁵. La satisfacción del usuario y el estado de salud de la población han sido propuestos como los dos resultados de interés en la evaluación de la calidad asistencial^{6,7}. La accesibilidad, según Donabedian, es el grado de ajuste entre las características de los recursos disponibles para la salud y los de la población. En esta definición se encuentran implícitos los recursos que se destinan a cubrir las necesidades de la población y a identificar las barreras que impiden su utilización. Entre estas «barreras», el tiempo medido en cualquiera de sus dimensiones es una variable clave en el proceso de atención médica, a la vez que un indicador de la accesibilidad de los servicios de atención primaria a la población⁹.

El programa de cita previa, instaurado por el Insalud en 1989, tenía como meta facilitar acceso del usuario a la atención sanitaria teniendo en cuenta, entre otras cosas, la mejora en el reparto de los tiempos de consulta (tiempo de espera, tiempos de demora, de atención en consulta, etc.)¹⁰, y fue muy bien valorado tanto por los usuarios como por los profesionales¹¹⁻¹⁴. Nuestro centro de salud es docente, enclavado en una zona urbana y de gran expansión poblacional, lo que produce gran demanda diaria y de necesidad urgente de atención, según el usuario, por lo que nos encontramos con problemas de cita diaria y de demora (en consulta diaria y en la cita al paciente). Por todo ello, el objetivo de nuestro trabajo fue analizar los factores que influyen en la demora de entrada del paciente a consulta médica y la aplicación de criterios de mejora, evaluando la adecuación de dichos criterios.

Material y métodos

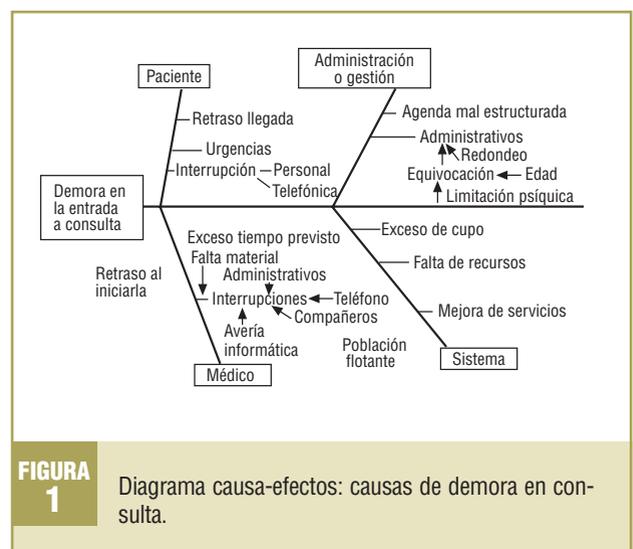
El estudio es un ciclo evaluativo completo. Debido a la multicausalidad del problema de la «demora», el proyecto se comenzó con una fase previa de tormenta de ideas entre algunos profesionales del centro de salud (CS) y participantes en la elaboración del estudio, para intentar delimitar los factores que pueden influir en la demora de entrada de los pacientes a la consulta médica diaria del CS de Barrio Peral, en Cartagena (Murcia) y, de ellos, cuáles podían ser abordados y mejorados por los profesionales del equipo de atención primaria (EAP) (fig. 1).

Material y métodos
Cuadro resumen



Unidad de estudio (primera y segunda fases)

– Total de pacientes (número total de consultas a demanda) que asistieron a consulta en los 15 días que duró el período evaluativo.



– Un total de 60 pacientes, en cada período evaluativo, con teléfono conocido por el centro de salud.

Dimensión a estudiar

Accesibilidad (datos de proceso) y satisfacción del usuario (datos de resultado).

El período evaluado ha sido, para la primera fase o de evaluación, la segunda quincena de septiembre de 2000 (16 a 30 de septiembre de 2000). Para la fase de reevaluación, el período elegido fue la segunda quincena de diciembre de 2000 (16 a 30 de diciembre de 2000).

Fuente de datos

Tanto la identificación como la obtención de los datos para medir la accesibilidad se obtuvieron del listado de cita previa generado por el programa implantado en el CS de historia informatizada (omi-AP), de los 10 cupos de médicos del centro (8 médicos y 2 pediatras). Para analizar la satisfacción, de igual forma se seleccionó a 60 pacientes de dicho listado.

Identificación y muestreo de los casos

Los sujetos o casos del estudio fueron el total de pacientes que acudieron a consulta a demanda de cada uno de los médicos y días del estudio, tanto para la fase de evaluación (n = 3.823) como para la de reevaluación (n = 4.247).

Para analizar la satisfacción, se seleccionaron 60 pacientes de dicho listado mediante muestreo aleatorio estratificado por cupo y día de asistencia a consulta. Si el paciente seleccionado no tenía teléfono, se escogía al inmediatamente posterior en la lista. De igual modo se precedía si a la tercera llamada el usuario del teléfono no contestaba.

La relación temporal de la evaluación con la acción evaluada es retrospectiva. El tipo de revisión es externa, ya que fue realizada por un profesional externo al CS.

Tipo de criterios

Explícitos y normativos (tabla 1).

– Criterio 1: desfase entre la hora de cita y la hora real de entrada del paciente en la consulta a demanda de su médico de familia.

– Criterio 2: número de pacientes con cita forzada (CF) que el médico atiende en el día (cita forzada: citación a demanda a la misma hora y día, de dos o más pacientes, que serán atendidos por el médico en consulta). No debe ser mayor del 5% de las consultas a demanda del día (más de 2 citas forzadas en el día/médico).

– Criterio 3: número de interrupciones al día, por cualquier causa o vía, en consulta a demanda (teléfono, urgencia, administrativo, petición de un compañero, etc.).

– Criterio 4: grado de satisfacción con el tiempo que espera el paciente antes de entrar en la consulta del médico, mediante pregunta telefónica («Sr. X, considera usted que el tiempo que ha tenido que esperar fuera de la consulta hasta que lo ha visitado su médico ha sido: ninguno, poco, regular, bastante, excesivo»). Paciente insatisfecho es aquel que considera bastante o excesivo el tiempo para entrar en la consulta.

Los criterios 1 y 4 estaban predeterminados por el Insalud. Los criterios 2 y 3 fueron determinados por los profesionales del centro, tras realizar una media de las citas forzadas y de interrupciones en consulta que se habían producido en la semana previa al comienzo del estudio.

Análisis de los resultados y posterior propuesta de medidas correctoras

Tras el análisis estadístico inicial (distribución de variables) se propusieron medidas correctoras. Posteriormente, se aplicó un análisis estadístico para analizar la adecuación de las medidas correctoras, mediante distribución frecuencias, comparación de medias y proporciones.

Resultados

Primera fase o de evaluación

En el 48,3% (24,3-72,3%) del total de consultas (10 días) de la primera etapa del estudio hubo un retraso > 20 min para que el paciente entrara en la consulta, con respecto al horario de su cita, oscilando el tiempo de espera o demora entre 0 y 134 min (mediana, 29 min).

En el 63% (59,9-66,1%) de las consultas hubo más de 2 citas forzadas/consulta/día, cuyas causas fueron: hacer recetas o ver informes (18,7%), «urgencias» (61,3%), «obligada» por el paciente (8%), error en la citación, ya fuera del paciente o del administrativo (2,7%), realizar baja laboral (3,3%) y otras no clasificables (6%). El tiempo utilizado en resolver estas citas forzadas fue de $3,4 \pm 2,5$ min (1-10 min).

El 72,6% de consultas (64,2-81%) tuvieron más de 5 interrupciones/día (llamadas de teléfono, preguntas de pacientes sin cita, etc.). Las causas de estas interrupciones fueron: firmar recetas (14,2%), llamadas telefónicas (50,5%), visita a pacientes urgentes y sin cita (no se incluyó a los pacientes listados como cita forzada) (5,3%), problemas con el ordenador de la consulta (3,7%), «consultas rápidas» de pacientes (16,3%), realizar bajas (2,1%), visitas (amigos, compañeros, visitador médico, etc.) (7,9%).

El 46,7% de los pacientes que estuvieron esos días en consulta consideró excesivo el tiempo que esperaron para entrar en la consulta.

Medidas correctoras aplicadas tras análisis de la primera fase

1. Las llamadas telefónicas o interrupciones en consulta se trasladaron al final de la consulta, excepto las urgencias.

2. Se crearon espacios sin cita (5 min) durante el tiempo de consulta a demanda, con el fin de evitar retrasos.

TABLA 1
1 Criterios

Criterio	Estándar
Retraso del paciente en la entrada a la consulta médica de atención primaria	< 20 minutos
N.º de citas forzadas por día, no superior al 5% del total de citas diarias	≤ 2 citas/día
N.º de interrupciones/día	< 5/día
El 85% de los pacientes atendidos deben considerar aceptable el tiempo de espera en consulta médica	15 min



TABLA 2
Comparación resultados (primera y segunda fases)

Criterios	Primera fase	Segunda fase	p*
Retraso > 20 min	48,3% días	37,1% días	NS
Tiempo/paciente	21,33 min	19,37 min	
Citas forzadas	63% consultas	35,7% consultas	< 0,05
N.º interrupciones	72,6% consultas	58,6% consultas	< 0,01
Tiempo/interrupción	1,9 min	1,8 min	
Satisfacción	53,3%	59,2%	NS

* χ^2 .

NS: no significativo.

3. Se eliminaron las citas forzadas. Sólo se atendieron las citas urgentes y al final de la consulta (con hora).

Segunda fase o de reevaluación (tabla 2)

El 37,1% (21,1-53,1%) del total de las consultas a demanda realizadas en la segunda fase del estudio tuvieron un retraso > 20 min para que el paciente entrara respecto al horario de su cita, oscilando el tiempo de espera o demora entre 0 y 78 min (mediana, 25 min). Las diferencias entre ambas fases no son estadísticamente significativas, aunque se observa menos retraso. Existe una mejoría relativa del 16,3%.

En el 35,7% (27,4-44,1%) de las consultas hubo más de 2 citas forzadas/consulta/día, cuyas causas fueron: hacer recetas o ver informes (16,7%), «urgencias» (82,2%) y realizar baja laboral (1%). El tiempo empleado en esas citas forzadas fue de 3,07 ± 1,7 min (1-7 min). La mejora que se obtuvo fue estadísticamente significativa (p < 0,001). Se observó una mejoría relativa del 44,1%.

El 58,6% (49-67,2%) de las consultas sufrió interrupciones. La disminución en el número de éstas fue estadísticamente significativa (p < 0,001). La mejora relativa fue del 19,3%. Las causas de las interrupciones fueron: llamadas telefónicas (44,2%), firmar recetas (26,6%), visitar a pacientes urgentes (7,1%), problemas con el ordenador de la consulta (3,8%), realizar bajas (6,5%) y otras (8,4%). El tiempo medio de interrupción fue de 1,86 ± 3,33 min.

El 40,8% de los pacientes que estuvieron esos días en consulta consideró excesivo el tiempo que esperaron para entrar en la consulta. La mejoría que se obtuvo fue estadísticamente significativa.

Discusión

Son muchos los estudios sobre la accesibilidad de los servicios sanitarios y de satisfacción del usuario, pero pocos los que miden el tiempo de espera del paciente para entrar en la consulta y determinan las causas potencialmente mejorables en el acortamiento de dicha demora. Incluso en los que se han realizado hay controversias, ya que para

Lo conocido sobre el tema

- Un elemento imprescindible en la valoración de la calidad asistencial es la satisfacción del usuario.
- La accesibilidad es un factor fundamental de la satisfacción del usuario.
- En nuestra ABS, una de las «quejas» es la espera excesiva antes de entrar en la consulta. Debemos objetivar esa queja, para su posible mejora.

Qué aporta este estudio

- Confirmar que en nuestra zona la espera es excesiva, lo que implica descontento en el paciente.
- Conocer los factores que influyen en el «retraso» para entrar en consulta.
- Aplicar soluciones para disminuir el retraso.

algunos autores el paciente acepta bien tiempos de espera largos si la atención recibida es satisfactoria para él^{5,9,15}, mientras que en otros estudios el usuario simplemente se queja del tiempo de espera^{14,16-19}. En ambos casos, una buena organización del tiempo y del reparto de tareas mejorarían el grado de satisfacción, tanto para el usuario como para el profesional. Un tiempo de espera excesivo es un elemento estresante más en el trabajo diario del médico que se desempeña su trabajo en atención primaria^{7,12,14,20}.

No creemos que en el estudio haya ningún sesgo de selección, ya que la población seleccionada, según la metodología de calidad, es adecuada para obtener conclusiones en el ámbito de la gestión y organización, aunque no pueda ser extensible a la universalidad de la población²¹. Tampoco creemos que haya sesgo por la época de realización del estudio, ya que es un tiempo, en ambas fases, sin cambios excesivos de enfermedades o presión asistencial²². Somos conscientes de que el estudio no se ha efectuado en la población general, sino en la población demandante, pero la satisfacción es multidimensional, lo que dificulta la identificación y medición de los diversos factores que puedan influir en ella⁴.

Los resultados que hemos obtenido en cuanto a tiempo de espera para entrar en consulta están dentro de los estándares del Insalud y son similares a los obtenidos por otros estudios; no obstante, los rangos máximo y mínimo de espera son muy altos. Otros datos que hemos obtenido y no podemos comparar por no encontrar estudios similares son el número de citas forzadas y el de interrupciones por día y consulta. Creemos que es excesivo el

número de pacientes que son visitados fuera de la consulta diaria con cita previa, así como el número de interrupciones por diversas causas que sufrimos, ¿o nos creamos?, en la consulta.

Las medidas correctoras que aplicamos en el centro de salud parecen ser adecuadas ya que, tras la reevaluación, la mejora fue significativa en mayor o menor grado. De esto se desprende que una mejor organización de los tiempos (aumentar la duración del tiempo de asistencia en consulta por paciente), un adecuado reparto de tareas y una mejor organización de nuestra propia consulta serían suficientes para mejorar la satisfacción del paciente y del propio profesional. Sin embargo, esto no es bastante y, además, como médicos de atención primaria deberíamos plantearnos otra serie de cuestiones, ya que en nuestro nivel de asistencia no pueden existir listas de espera y, según la ley de la oferta y la demanda, a mejores servicios, mayor demanda. Dichas cuestiones serían, por ejemplo, enseñar y mejorar en los usuarios-pacientes la racionalización de los recursos, llevar a cabo una mayor educación sanitaria en los centros y no sólo dedicar el tiempo a los pacientes con enfermedades crónicas: con ello se evitarían, por ejemplo, urgencias innecesarias, consultas no pertinentes, hiperfrecuentación, etc.^{3,8,11,23-30}.

Los resultados del estudio nos permiten concluir que las medidas correctoras aplicadas son buenas, ya que han mejorado el tiempo de espera del paciente para entrar en consulta, ha disminuido el número de citas forzadas y de interrupciones en consulta y han mejorado el nivel de satisfacción en el paciente. Se debería seguir realizando estudios en esta línea con el fin de diseñar y evaluar líneas de mejora para alcanzar el estándar de calidad de una buena atención al paciente.

Bibliografía

1. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson, 1988.
2. Pascual L, Uris J, Alfonso MD, Sanmartín D, Sanz J, Campos C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en Atención Primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. *Aten Primaria* 1995;15:421-5.
3. Sánchez JA, Saturno PJ. Las encuestas de satisfacción. En: Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: DuPont Pharma, 1997; p. 312-39.
4. González Pastor JC, Juando L, Quesada M, Solanas P. Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998; 22:514-20.
5. Gómez MJ, Bernal S, Guerra F, Mirabal V, Lorenzo A. Satisfacción de los usuarios de una zona de salud. Diferencias según modelo asistencial. *Aten Primaria* 1997;20:90-3.
6. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjon AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1996;17:348-52.
7. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 1995;16: 314-21.
8. Villarreal E, González J, Salinas AM, Garza ME, Núñez G, Uribe MG. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Aten Primaria* 2000;25:475-8.
9. Ogando B, Giménez A, De Andres ME, García LM. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Aten Primaria* 1995;15:290-6.
10. Fernández MI, Asenjo M, Fernández E, Martínez M, Molina G, Moreno A. Efectividad de medidas organizativas en la mejora de la gestión del programa de cita previa. *Aten Primaria* 1997; 20:287-92.
11. Santana B. La cita previa: ¿una mejora para la atención de los pacientes? *FMC* 1994;1:359-61.
12. Alastrue JI, Giner M. La cita previa: ¿una mejora para la atención de los pacientes? *FMC* 1994;1:361-4.
13. Gómez-Calcerrada D, Pérez-Flores D, Marset P. La cita previa, perfil del consultante y accesibilidad. *Aten Primaria* 1996;17:288-91.
14. Rondeau KV. Managing the clinic wait: an important quality of care challenge. *J Nurs Care Qual* 1998;13:11-20.
15. Mira JJ, Galdón M, García EI, Velasco MV, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:165-78.
16. Magallón R, García JR, Antoñanzas A. Usuarios-médicos: a la búsqueda de nuevas técnicas de detección de problemas de calidad. *Aten Primaria* 1996;17:288-91.
17. Davins J, Avellaneda E, Marquet R. Mejoría de la calidad en Atención Primaria: experiencia de 4 años de un programa de mejora de la calidad. *Aten Primaria* 1995;16:80-4.
18. Pérez-Rendon J, De Meló D. Análisis de las reclamaciones en el Distrito Sanitario Jerez. Centro de Salud 1998;6:249-54.
19. Fernández JA, Meilan A, López L. Encuesta sobre calidad asistencial de los servicios de enfermería en un centro de salud. Centro de Salud 1998;6:544-7.
20. Carrasco G, Solsona F, Lledo R, Pallares A, Humet C, editores. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:649-50.
21. Saturno PJ. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: DuPont Pharma, 1997.
22. Ortiz F, Aviles J, Menéndez D, Peris F. Análisis de la evolución de la presión asistencial en medicina general (1989-1993). *Aten Primaria* 1996;18:9-16.
23. Martín J. Trabajo con demanda excesiva. *FMC* 1998;5:572-81.
24. Isanta C, Rivera P, Pedraja M, Jiménez N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin cita previa. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:263-74.
25. Bestuater D, Dunn EV, Townsend C, Nelson W. Satisfaction and wait time of patient visiting a family practice clinic. *Can Fam Physician* 1988;34:67-70.
27. Loayssa JR, Indurain S, Extremera V, Agreda J, Extramiana E, Vilches C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. *Aten Primaria* 1997;20:34-40.
28. Royo M, Arto A. Utilización de consultas y análisis del impacto de la consulta programada. *Aten Primaria* 1995;16:211-4.
29. Rodríguez F, Rodrigo C, Hernández I, Lozano A, Hernanz I. ¡Doctor, vengo de urgencias! *Aten Primaria* 1998;22:655-60.
30. Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* 2001;33:528-32.