

## ORIGINALES

# Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita

**M.P. Vítores Picón, P.M. Cortés Durán, M. Fernández Girón, L. Torres Romo, I. Tomey Torcal, D. Iradier Barrio, E. Cazallas Díaz y A. León García**

EAP. Los Pedroches. Leganés. Madrid.

**Objetivo.** Estimar la mejora alcanzada en la organización de la atención a pacientes sin cita tras la instauración de medidas correctoras. Secundariamente nos propusimos estudiar los motivos de consulta, el tiempo de duración de los síntomas por los que se consulta sin cita y la valoración por personal sanitario sobre la pertinencia de la urgencia.

**Diseño.** Estudio antes-después.

**Emplazamiento.** Área de Salud 9, centro de salud urbano. Leganés, Madrid.

**Pacientes.** Todos los pacientes que de forma consecutiva acudieron sin cita en los períodos de estudio (evaluación: noviembre de 1998; reevaluación: noviembre-diciembre de 1999).

**Resultados principales.** Se incluyeron 588 pacientes en la evaluación y 562 en la reevaluación, pertenecientes a medicina general y pediatría. Se establecieron 5 criterios de calidad relacionados con: registro de datos de filiación; registro del motivo de consulta; valoración en menos de 10 minutos; intento de cita previa y registro en la historia clínica. Ante la ausencia de referencias en la bibliografía, fueron consensuados por el equipo. Tras la instauración de medidas correctoras, todos mejoraron de forma significativa excepto el cuarto. No obstante, sólo se alcanzó el estándar previamente fijado en el segundo. Los profesionales consideraron urgentes un 27% de las consultas sin cita en pediatría y el 30% en medicina general. La duración media de los síntomas en las patologías no urgentes fue 1,5 días en pediatría y 13,4 en medicina general. Los motivos de consulta más frecuentes fueron recetas (20%) en medicina general y patología digestiva (20,4%) en pediatría.

**Conclusiones.** La puesta en marcha de un ciclo de mejora en nuestro centro de salud ha conseguido elevar la calidad de la atención que se presta a los pacientes sin cita, si bien aún quedan algunos aspectos susceptibles de mejorar hasta alcanzar, al menos, los estándares establecidos.

**Palabras clave:** Organización. Pacientes sin cita. Urgencias en atención primaria.

## EVALUATION OF THE ORGANISATION OF CARE FOR PATIENTS WITHOUT APPOINTMENT

**Objectives.** To calculate the improvement achieved in organising care for patients without appointments after introducing corrective measures. Second, to study the reasons for consultation, the duration of the symptoms because of which consultations without appointment take place, and the assessment by health personnel of the relevance of the emergency.

**Design.** Before-and-after study.

**Setting.** Health Area 9, urban health centre, Leganés, Madrid.

**Patients.** All the patients attending consecutively without appointment in the study periods (assessment: November 1998; reassessment: November-December 1999).

**Main results.** 588 patients were included in the assessment and 562 in the reassessment. They belonged to general practice and paediatrics. 5 quality criteria were set: recording of basic details; recording of reason for consultation; assessment in under ten minutes; attempt at prior appointment; and record in the clinical notes. As there were no references in the bibliography, they were agreed by the team. After corrective measures were taken, all criteria except the fourth improved significantly. Nonetheless, the previously set norm was only achieved in the second. The professionals thought 27% of the consultations without appointment in paediatrics were urgent, and 30% in general medicine. Mean duration of symptoms in non-urgent pathologies was 1.5 days in paediatrics and 13.4 in general medicine. The most common reasons for consultation were prescriptions (20%) in general medicine and digestive pathology (20.4%) in paediatrics.

**Conclusions.** Setting up an improvement cycle at our health centre managed to raise the quality of care given to patients without appointment, although there are still some facets that could be improved so as to reach, at least, the standards set.

**Key words:** Organisation. Patients without appointment. Emergency in primary care.

(Aten Primaria 2001; 28: 298-304)

Correspondencia: P.M. Cortés Durán.  
EAP Los Pedroches. Avda. Portugal, 2. 28916 Leganés (Madrid).

Manuscrito aceptado para su publicación el 30-V-2001.

## Introducción

La atención urgente o sin cita dentro del horario habitual de consulta de los equipos de atención primaria plantea a menudo problemas de organización del centro y de la consulta del profesional<sup>1</sup>. En nuestro centro de salud, que atiende a una población de 27.823 personas, recibimos un 7,1% de consultas sin cita en medicina general y un 12,8% en pediatría durante 1998, estos porcentajes fueron del 5,9 y 12,47%, respectivamente, durante 1999.

La continuidad de la asistencia es una cualidad de la atención primaria que además debe ser permanente y accesible. A pesar de ello, la asistencia a los pacientes sin cita es percibida por el personal del centro de salud como una circunstancia que trastorna el ritmo de las consultas. Por otro lado, para el usuario que tomó la cita supone una demora más en su espera, a menudo no justificada dado que las patologías atendidas no siempre podrían considerarse urgencias objetivas. El documento de consenso de la asistencia extrahospitalaria<sup>2</sup> a las urgencias médicas denomina urgencia subjetiva a toda alteración del estado de salud de una persona que provoque la solicitud de una respuesta rápida al sistema de salud. Según Buitrago<sup>3</sup>, son urgencias subjetivas disonantes aquellas en las que no hay concordancia en la valoración de falsa urgencia entre el paciente y el profesional y concordantes aquellas otras en las que

**TABLA 1. Criterios y estándares establecidos**

Criterios	Aclaraciones	Excepciones	Estándar
1 Se registrarán los datos básicos de filiación en la UNAD de todo paciente que acuda al centro sin cita solicitando atención	Se consideran datos básicos de filiación el nombre y apellidos, a lo que se añadirá dirección y teléfono en caso de que el paciente no pertenezca al centro		85%
2 Se registrará en la UNAD el motivo de consulta de todo paciente que acuda al centro sin cita	Se considerará motivo de consulta la transcripción literal de la demanda expresada por el paciente	Cuando la situación de gravedad del paciente requiera una atención sanitaria inmediata o el paciente sea atendido directamente por su médico sin pasar por la UNAD	60%
3 Todo paciente que acuda al centro sin cita solicitando atención deberá ser valorado por personal sanitario en un plazo máximo de 10 minutos			100%
4 Los usuarios no acudirán al centro sin cita por no haber podido solicitarla telefónica o personalmente			95%
5 La atención prestada a todo paciente que acuda al centro sin cita quedará registrada en su historia clínica	Se considerará cumplido el criterio cuando exista cualquier registro que haga referencia a esa consulta	Pacientes no pertenecientes al centro o pertenecientes a médicos de modelo tradicional	75%

UNAD: unidad administrativa.

existe acuerdo entre ambos en este sentido. Las urgencias objetivas son aquellas en las que el médico considera necesaria una atención sanitaria inmediata, denominándose emergencia vital a la situación demandante que se manifiesta de manera súbita y que precisa atención médica in situ, ya que peligra la vida del individuo. No debemos olvidar que, aunque con poca frecuencia, también llegan a nuestros centros de salud pacientes no citados pertenecientes a estas dos últimas categorías.

La falta de organización en la atención a pacientes sin cita se priorizó para llevar a cabo un ciclo de mejora en el EAP Los Pedroches de Leganés. Nuestro objetivo era medir, antes y después de la aplicación de medidas correctoras, el cumplimiento de criterios de calidad previamente establecidos en la atención a pacientes sin cita. También nos planteamos medir algunos aspectos relacionados con las características de la asistencia «urgente» en atención primaria como motivos de consulta, tiempo de duración de los síntomas por los que se acude sin cita y valoración por personal sanita-

rio sobre la pertinencia de la urgencia.

## Material y métodos

Llevamos a cabo un estudio antes-después en el que se establecieron 5 criterios de calidad explícitos y normativos con sus correspondientes estándares (EST) (tabla 1). Dada la ausencia de referencias en la bibliografía revisada, fueron consensuados por los profesionales del equipo con la supervisión de la gerencia del Área 9 de Madrid y tras la realización de un análisis de causas. La primera evaluación se llevó a cabo durante el mes de noviembre de 1998; en ella se estudiaron además de los mencionados criterios otras variables: edad, sexo, pertenencia o no al centro de los usuarios atendidos sin cita, valoración subjetiva por personal sanitario de la consulta como urgente/no urgente, duración de los síntomas y juicio clínico. Se incluyeron todos los pacientes que de forma consecutiva acudieron sin cita durante el período de estudio. El tamaño muestral se calculó para estimar una frecuencia del 50%, con un nivel de confianza del 95% y una precisión del 4,5%, obteniéndose un tamaño de 475. Para la recogida de datos se diseñó una hoja específica que fue cumplimentada tanto por el personal administrativo como sanitario (médico y de enfermería). Posteriormente se comprobó si quedaba registro en la UNAD (unidad adminis-

trativa) de los pacientes atendidos, se buscó en la historia clínica constancia de la atención prestada y se agruparon las patologías diagnosticadas.

Los resultados fueron presentados al EAP junto con una propuesta de medidas correctoras. Estas últimas consistían fundamentalmente en el establecimiento de un protocolo de actuación en el que se detallaba cuál debía ser la conducta de cada uno de los profesionales del equipo en las diferentes fases de la atención al usuario sin cita (tabla 2). Tras su discusión, se aprobaron con las modificaciones oportunas por el Consejo de Dirección del EAP en mayo de 1999.

La reevaluación tuvo lugar en los meses de noviembre y diciembre de 1999. En ella se volvieron a medir los criterios de calidad, además del sexo, edad y pertenencia o no al centro de los pacientes atendidos. La metodología empleada fue en todo similar a la de la evaluación inicial. El tamaño muestral se calculó para detectar diferencias mínimas del 9%, con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, asumiendo un nivel de cumplimiento inicial del 50%, obteniéndose un tamaño de 501.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 7.0 para Windows, calculándose medias aritméticas para las variables cuantitativas y proporciones para las cualitativas. Para la comparación de los resultados obtenidos en las 2 evaluaciones se calcularon

**TABLA 2. Medidas correctoras. Resumen del protocolo de actuación ante pacientes sin cita**

<b>Unidad administrativa</b>
Registrará en SICAP los datos de filiación de los usuarios que acuden sin cita
Hará constar el motivo de consulta en el impreso de usuario sin cita producido por SICAP
Indicará al paciente la sala donde será atendido
Acudirá al archivo, donde extraerá la historia clínica del paciente
Proporcionará al sanitario responsable de la atención (médico/a o enfermero/a) la historia clínica junto con el impreso de usuario sin cita donde consta el motivo de consulta
Si la gravedad de la situación lo requiere, dará prioridad a la asistencia posponiendo la obtención de datos y su registro
<b>Personal sanitario</b>
Valorará la prioridad con la que debe ser atendido el paciente sin cita
Registrará la asistencia prestada en la historia clínica
Si el paciente no hubiera sido atendido previamente por la UNAD, valorará remitirlo a ésta o bien registrará los datos de filiación y solicitará la historia clínica si lo considera necesario

UNAD: unidad administrativa.

la mejora absoluta y relativa y se utilizó el test de ji-cuadrado para comparar proporciones contenido en el Programa de Gestión de Calidad Asistencial versión 1.0 diseñado por el Dr. P.J. Saturno de la Universidad de Murcia.

## Resultados

En la evaluación inicial se estudiaron 588 pacientes, 365 pertenecientes a medicina general y 223 a pediatría, con una edad media de  $29 \pm 24$  años y de los cuales un 55% era mujer. En la reevaluación se incluyeron 562 pacientes, 356 de medicina general y 206 de pediatría, con una edad media de  $31 \pm 25$  años, siendo mujer un 55%. El 4,8% de los pacientes de la evaluación inicial no pertenecía a nuestro centro, mien-

tras que en la reevaluación esta circunstancia sólo se daba en un 1,6% de los casos.

Como se observa en la tabla 3, todos los criterios establecidos mejoraron significativamente, excepto aquel que hacía referencia al intento de cita previa, donde se produjo un empeoramiento significativo ( $p < 0,001$ ). El criterio que experimentó una mejoría más importante fue el de registro de la atención prestada en la historia clínica, que pasó de un cumplimiento del 20,9% al 68,2% (mejora absoluta, 47,3; mejora relativa, 59,8%;  $p < 0,001$ ), seguido por el registro del motivo de consulta, donde se pasó de un cumplimiento del 37,8% al 68,5% (mejora absoluta, 30,7; mejora relativa, 49,4%;  $p < 0,001$ ), siendo éste el

único criterio que alcanzó el estándar previamente fijado.

En el criterio registro de datos de filiación se consiguió una mejora significativa, si bien no se alcanzó el estándar establecido. En relación con ello, en la reevaluación estudiamos los porcentajes de registro de los mencionados datos en los pacientes atendidos por la UNAD y en los que acudían directamente a las consultas de medicina o enfermería, encontrando que en este último caso sólo quedaba registrado el 18% de los usuarios atendidos, siendo este porcentaje ligeramente inferior en medicina general respecto a pediatría (fig. 1).

El análisis gráfico de la mejora conseguida y de los defectos por mejorar se realizó construyendo un diagrama de Pareto antes-después (fig. 2). El eje central representa el número absoluto de incumplimientos, igual para los dos diagramas, mientras el de la izquierda es el de la frecuencia relativa (porcentaje de incumplimientos) para la primera evaluación y el de la derecha el de la frecuencia relativa de los defectos en la segunda evaluación. Dado que las muestras de las dos evaluaciones eran diferentes, se ha realizado un ajuste que consiste en calcular, mediante regla de tres, lo que supondría el número de defectos hallado en la segunda evaluación, si el tamaño de muestra fuese idéntico al de la primera evaluación<sup>4</sup>. Como se

**TABLA 3. Cumplimiento de criterios en evaluación y en reevaluación**

Criterio	Estándar (%)	Cumplimiento (%)			Mejora absoluta <sup>a</sup>	Mejora relativa (%) <sup>b</sup>	Nivel de significación <sup>c</sup>
		Evaluación (n = 588)	Reevaluación (n = 562)				
Registro filiación UNAD	85	67,5 ± 3,8	80,2 ± 3,3	12,7	39,1	$p < 0,001$	
Registro motivo	60	37,8 ± 4,6	68,5 ± 4	30,7	49,4	$p < 0,001$	
Tiempo de valoración ≤ 10 min	100	71,3 ± 3,9	77,4 ± 3,8	6,1	21,3	$p < 0,05$	
No intento de solicitud de cita	95	86,8 ± 2,8	79,5 ± 3,4	-7,3		$p < 0,001$	
Registro en historia clínica	75	20,9 ± 3,4	68,2 ± 3,9	47,3	59,8	$p < 0,001$	

<sup>a</sup>(% cumplimiento en reevaluación - % cumplimiento en evaluación inicial).

<sup>b</sup>[(% cumplimiento en reevaluación - % cumplimiento en evaluación inicial)/(100 - % cumplimiento en evaluación inicial)] × 100.

<sup>c</sup>Test ji-cuadrado para comparar proporciones.

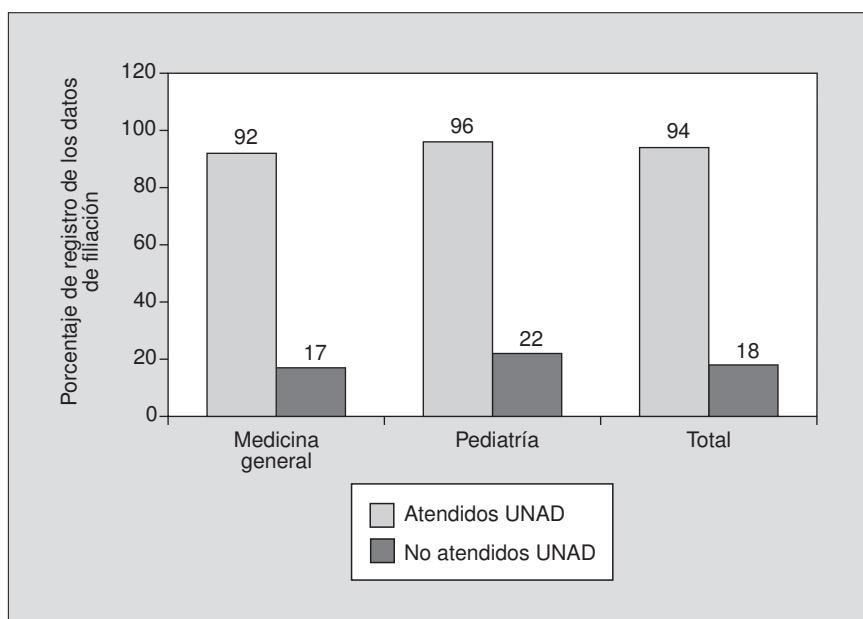


Figura 1. Porcentaje de registro de los datos de filiación según los usuarios fueran o no atendidos por la unidad administrativa durante la reevaluación.

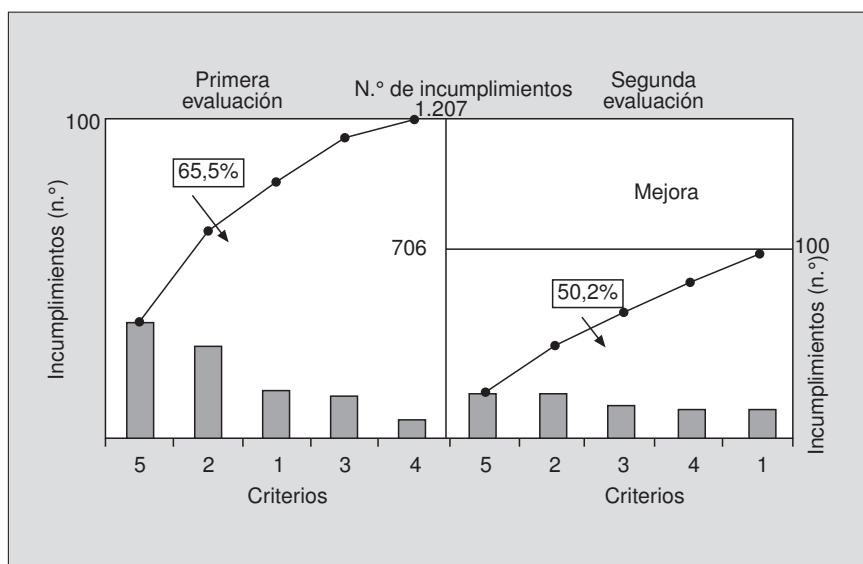


Figura 2. Diagrama de Pareto antes-después.

puede observar, en la evaluación inicial un 65% de los defectos de calidad se centraba en los criterios registro en la historia clínica y registro del motivo de consulta. A pesar de que éstos han sido los que más han mejorado, en la reevaluación seguían acumulando un 50% de los defectos de calidad.

Por otro lado, en la evaluación inicial los profesionales calificaron las consultas recibidas sin cita como urgentes o no urgentes. En pediatría se consideró urgente el 27% de los casos, mientras que en medicina general este porcentaje llegó al 30%.

En la figura 3 se puede observar la duración de los síntomas por

los que consultaron los pacientes sin cita. En los usuarios con problemas considerados urgentes, los síntomas tenían una duración de un día o menos. Sin embargo, en aquellos otros que consultaron por problemas considerados no urgentes los síntomas tenían una duración de  $1,5 \pm 5,3$  días en pediatría, elevándose a  $13,4 \pm 53,7$  días en medicina general.

Un 20% de los casos atendidos en medicina general durante la primera evaluación correspondió a recetas y un 8,8% a otros asuntos administrativos; el resto de las consultas correspondía a problemas clínicos, siendo los más frecuentes: traumatismos (10,7%), infecciones respiratorias agudas (8,3%), patología reumatológica (8,3%), patología digestiva (6,9%) y dolor torácico (1,9%). En pediatría, desaparecen las causas administrativas y las recetas suponen sólo el 3,2%, siendo los problemas más frecuentemente atendidos: digestivos (20,4%), traumáticos (17,1%), infección respiratoria aguda (16,7%), patología ORL (14,4%) y síndrome febril (7,9%).

## Discusión

Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, tras la revisión de la bibliografía, no pudimos encontrar criterios de calidad previamente establecidos en relación con la organización de la atención a pacientes sin cita en atención primaria. No obstante, este es un problema habitual en los centros de salud que requiere una cuidadosa planificación, para asegurar tanto la atención sin demora de los pacientes que lo requieran, como para evitar esperas innecesarias de los que han solicitado cita previa.

El primer criterio que propusimos fue el registro de datos básicos de filiación en la UNAD, ya que nos parece importante que quede constancia en el centro de todos los pacientes que han sido atendi-

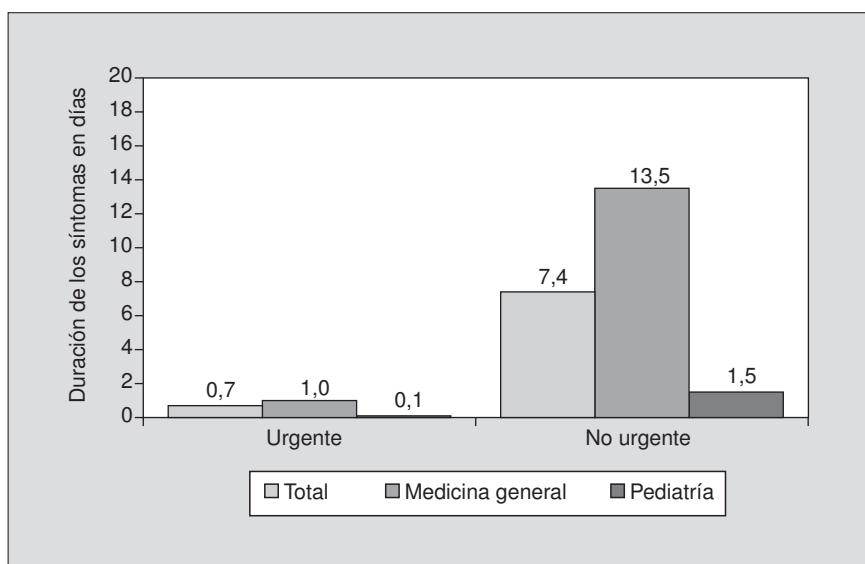


Figura 3. Duración de los síntomas según valoración subjetiva de la urgencia por el personal sanitario.

dos. En este sentido, y tras la aplicación de medidas correctoras, hemos experimentado una mejoría significativa, pasando de un 67,5% de cumplimiento a un 80,2% (mejora absoluta, 12,7; mejora relativa, 39,1%;  $p < 0,001$ ). A pesar de ello, no se ha conseguido alcanzar el estándar propuesto (85%). Como se observa en la figura 1 sólo un 18% de los que acudía directamente a la consulta del médico o la enfermera quedaba registrados. Creemos que esta última circunstancia es la causa fundamental que nos ha impedido alcanzar el estándar pre establecido.

Por otro lado, entendemos que el administrativo que recibe al usuario sin cita debería recoger el motivo de la consulta, transcribiendo literalmente la demanda que realiza el paciente y poniéndola en conocimiento del profesional sanitario correspondiente (médico o enfermera). Esta acción supone una gran ayuda para los sanitarios, permitiéndoles valorar rápidamente el tipo de demanda con el que se enfrentan y el momento en que ésta debe ser atendida. En nuestro ciclo de mejora, partiendo de un 37,8% de cumplimiento de

este criterio hemos alcanzado un 68,5% (mejora absoluta, 30,7; mejora relativa, 49,4%;  $p < 0,001$ ), superando el estándar marcado (60%). Lo cual se ha producido, fundamentalmente, gracias a la sensibilización del personal administrativo acerca de la importancia de este hecho.

El primer contacto de los usuarios sin cita con los profesionales del centro de salud suele producirse a través del personal administrativo. Sin embargo, quien debe evaluar la gravedad de la demanda es el personal sanitario. Sería conveniente que esto último se realizase en el período de tiempo más corto posible. Dado que no hemos encontrado en la literatura ningún plazo idóneo, decidimos por consenso que éste no superase los 10 minutos desde la llegada del paciente. En la evaluación inicial conseguimos cumplir el criterio en un 71,3% de los pacientes de la muestra. Las medidas correctoras que se establecieron se orientaban en este sentido. Se determinó que en ese período de tiempo el administrativo comunicase al personal sanitario la llegada de un paciente sin cita, así como el motivo de su consulta. El sanitario

decidiría si debe ser atendido de forma inmediata o bien puede esperar como el resto de los usuarios que han solicitado cita previa. A pesar de ello, en la reevaluación hemos experimentado una escasa mejoría alcanzando un cumplimiento del 77,4% (mejora absoluta, 6,1; mejora relativa, 21,3%;  $p < 0,05$ ). Es posible, que en este caso nos enfrentemos a un error en la recogida de datos, confundiendo los profesionales el momento de valoración del paciente con el momento en que éste es atendido en la consulta. Estos dos momentos no tienen por qué coincidir, ya que la mayor parte de las patologías que presentan los pacientes sin cita no van a necesitar una atención inmediata.

Una causa frecuente por la que los usuarios acuden a nuestros centros «de urgencia» es por no haber podido solicitar cita telefónicamente. Dado que este motivo podría evitarse mediante medidas organizativas, establecimos como objetivo que un 95% de los pacientes que acudían sin cita no hubieran intentado solicitarla con anticipación. Sin embargo, en este caso, no sólo no hemos conseguido mejorar, sino que hemos experimentado un empeoramiento significativo, pasando de un cumplimiento del 86,8% al 79,5% ( $p < 0,001$ ). Es decir, en la reevaluación un mayor porcentaje de usuarios acudían sin cita por no haber podido contactar telefónicamente con el centro. En este hecho han influido dos factores. Por un lado, nuestro equipo sufrió un traslado provisional a un nuevo centro de salud fuera de su zona básica. Esto ha producido un aumento en el número de usuarios que solicitan cita por teléfono con la correspondiente sobrecarga de las líneas telefónicas en determinadas horas y días. Por otro lado, se han producido numerosos problemas técnicos derivados de la nueva centralita.

El último criterio propuesto hacía referencia a la necesidad de

que quedase registro de la atención prestada a los pacientes sin cita en la historia clínica correspondiente. Antes de la puesta en marcha de este ciclo de mejora, no quedaba ningún tipo de registro escrito en el centro. Entendemos que la historia clínica no sólo es un documento médico-legal de primera magnitud, sino que también es imprescindible para asegurar la continuidad de los cuidados cuando el personal sanitario que atiende al usuario no es el habitual. Además permite identificar a aquellos pacientes que hacen un uso incorrecto del servicio. Como medida correctora se decidió que el personal administrativo debía extraer del archivo la historia clínica de todo paciente sin cita que acudiese al centro solicitando ser atendido y proporcionársela al médico o enfermera responsables de la atención. Esta medida no fue bien recibida sobre todo por el personal administrativo, quienes veían en ella un acicate más para que los pacientes acudiesen al centro sin solicitar cita. No obstante, con el paso del tiempo se ha demostrado que esto no ha sido así, aceptándose por todos este sistema de trabajo. Ello nos ha permitido pasar de un cumplimiento del criterio del 20,9% al 68,2% (mejora absoluta, 47,3; mejora relativa, 59,8%;  $p < 0,001$ ). A pesar de todo, no hemos conseguido alcanzar el estándar propuesto (75%). Quizá debido a que aquellos usuarios que acuden directamente a la consulta del médico o la enfermera sin pasar por la UNAD lo hacen, a menudo, por motivos administrativos o buscando recetas, por lo que los sanitarios juzgan innecesario reclamar la historia clínica.

Cabría pensar que al ser los propios profesionales evaluados los que recogen la información, se hubiese podido producir un sesgo por aumento de la vigilancia. En cualquier caso, dado que la metodología utilizada en las dos eval-

luaciones fue idéntica, entendemos que esto no afectaría a los resultados a la hora de estimar la mejora alcanzada.

Es necesario aclarar que en ningún momento pretendimos con este ciclo de mejora reducir la presión asistencial y, en concreto, aquella generada por las visitas sin cita. Más bien nuestra intención fue organizar adecuadamente dicha asistencia y asegurarnos, sobre todo, de que los pacientes con urgencias objetivas no sufran demoras en su atención. Es probable que algunos de los cambios introducidos puedan contribuir al control de dicha presión. Pero, como ya se ha puesto de manifiesto, el equipo sufrió un traslado fuera de su zona básica poco tiempo después de la puesta en marcha de las medidas correctoras detalladas en este trabajo. A raíz del mismo se ha constatado un descenso tanto en el número de pacientes sin cita atendidos como de la presión asistencial en general. En nuestra opinión, esta disminución de la accesibilidad supone un factor de suma importancia e introduce un sesgo que nos impide atribuir el descenso de la demanda sin cita a las medidas organizativas adoptadas. Quizá en un futuro, cuando el equipo vuelva a su ubicación habitual, pueda realizarse este análisis.

Llama la atención la existencia de un elevado número de consultas sin cita calificadas como no urgentes. Es difícil establecer un criterio objetivo que nos permita delimitar los motivos urgentes de los no urgentes. Así, en un estudio realizado en el nivel hospitalario<sup>5</sup> se valoró la pertinencia de las consultas urgentes utilizando dos tipos de criterios objetivos, previamente publicados, con el criterio de los profesionales del departamento de urgencias. Al comparar la concordancia entre cada uno de los criterios objetivos con el de los profesionales se encontró sólo un

moderado acuerdo ( $\kappa = 0,42$ ). Esto mismo ocurría cuando se comparaban los dos tipos de criterios objetivos entre sí ( $\kappa = 0,39$ ). Nosotros hemos preferido conocer la opinión de los profesionales en este sentido. Quizá habría sido interesante recoger la opinión de los usuarios al respecto y contrastar los resultados, ya que, como se pone de manifiesto en la bibliografía, una gran mayoría de los pacientes percibe como urgente el problema por el que requieren atención, aunque sean clasificados como no urgentes por los profesionales sanitarios<sup>6</sup>.

Por último, revisamos la bibliografía acerca de los motivos de consulta «urgente» en un centro de salud. Encontramos que, en un EAP urbano<sup>7</sup> donde se estudiaron tanto las consultas de medicina general como de pediatría, las causas más frecuentes fueron los traumatismos y los efectos adversos (25,5%) seguidas de las enfermedades respiratorias (20,7%); de igual modo en un centro rural el motivo de consulta más frecuente de los pacientes sin cita fueron los traumatismos, a los que corresponde un 31,5% de las consultas de medicina general y pediatría<sup>8</sup>. En nuestro caso, si exceptuamos los motivos administrativos (recetas, etc.) son también los traumatismos y las infecciones respiratorias agudas las causas más frecuentes de consulta en medicina general. No obstante, debería hacernos reflexionar el hecho de que acudir a por recetas sea el motivo más frecuente por el que nuestros usuarios llegan al centro sin cita. En la mayoría de las ocasiones este es un motivo de consulta perfectamente previsible y susceptible de ser planificado por los profesionales del centro. También sería posible realizar una tarea de sensibilización de los usuarios al respecto.

Concluimos que la puesta en marcha de un ciclo de mejora en el EAP Los Pedroches ha consegui-

do elevar la calidad de la atención que se presta a los pacientes sin cita. No obstante, no podemos estar satisfechos con los logros alcanzados, ya que persisten aspectos que pueden ser perfeccionados.

Por otro lado, entendemos que, aunque existen múltiples modelos de organización, es necesario planificar adecuadamente el servicio de atención a pacientes sin cita en los centros de atención primaria. Creemos que los criterios propuestos en este artículo pueden resultar de utilidad a la hora de ordenar la atención a pacientes sin cita, sea cual sea nuestro modelo organizativo. En nuestro caso, consideramos que sería oportuno establecer futuras reevaluaciones o, al menos, una monitorización que nos permita garantizar la calidad del servicio que ofrecemos.

## Agradecimientos

Queremos agradecer a todos nuestros compañeros; personal de la UNAD, enfermería y médicos de nuestro EAP, la ayuda que nos han prestado en la recogida de datos para la confección de este estudio, al igual que a Teresa Sanz Cuesta, técnico de salud del Área IX de Madrid, por su paciencia en el asesoramiento para la realización de este trabajo.

## Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Ordenación de las urgencias en atención primaria. Aten Primaria 1992; 9: 269-275.
2. Grupo de Trabajo Interterritorial de Urgencias Médicas Extrahospitalarias. Asistencia extrahospitalaria a las urgencias médicas: documento de consenso. Emergencias 1994; 1: 110-114.
3. Buitrago F. Las demandas urgentes durante el horario de consulta del centro de salud. Cuadernos de Gestión 1995; 1: 110-114.
4. Saturno PJ. Reevaluación, análisis y presentación de resultados comparativos de dos evaluaciones. En Saturno PJ, editor. Curso de calidad asistencial en atención primaria. Murcia: Du Pont-Pharma, 1997; 217-243.
5. O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. «Inappropriate» emergency department use: a comparision of three methodologies for identification. Acad Emerg Med 1996; 3: 252-257.
6. Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. J Fam Pract 1996; 42: 491-496.
7. Velázquez M, Alamo A, Miraflores JL, Frieyro JE. Urgencias en asistencia primaria: estudio retrospectivo de 1000 casos. Aten Primaria 1984; 1: 23-28.
8. Helguera F, Hormaechea E. Valoración del funcionamiento y de la patología asistida en un servicio de urgencia extrahospitalaria rural. Aten Primaria 1989; 6: 28-34.