

mesa redonda

Mesa redonda 2. El médico como gestor de su consulta

Moderador: José Mancera Romero

Introducción

José Mancera Romero

Médico de Familia. Centro de Salud de Ciudad Jardín (Málaga).

Al igual que para una eficaz gestión clínica los procesos asistenciales y otras actuaciones sobre la calidad son unos buenos instrumentos, para conseguir la excelencia organizativa la gestión de la demanda es una herramienta fundamental. En el primer caso la iniciativa parte casi siempre de los gestores, mientras que en el segundo las diferentes medidas surgen de los médicos de base de Atención Primaria (AP), porque, entre otros motivos, son los profesionales que realmente viven y sufren las agobiantes cargas asistenciales diarias.

La gestión de la demanda en AP tiene unos claros objetivos: reducir la utilización de las consultas, intentarlo y una vez que se haga no morir en el intento (manejo de las emociones).

Existen variados y múltiples motivos para reducir la utilización: es el problema más sentido por los profesionales, se aumenta la satisfacción de los pacientes, la calidad de la atención se incrementa, se logra un diseño más racional de los circuitos administrativos, el tiempo por paciente es mayor y mejora la salud mental del médico.

El médico gestiona su consulta desde siempre y deberá seguir haciéndolo. Pero en la vorágine de la presión asistencial no encuentra tiempo ni lugar para pararse a reflexionar y poner en marcha un plan integrado y metódico que le permita una mejor utilización de los diferentes recursos de que dispone.

La experiencia nos ha enseñado que no debemos esperar a que la administración sanitaria solucione muchos de nuestros problemas: disminución en el número de pacientes asignados a cada médico, creación de un sistema de recetas coherente, simplificación de los trámites burocráticos de la incapacidad temporal, aumento en el número de personal de las unidades de atención al usuario y clarificación de las funciones de enfermería. A los médicos, como sufridores de la situación, nos toca asumir un papel activo y poner en marcha medidas para una mejor gestión de la consulta: no olvidemos que al cabo del año podemos realizar más de 10.000 visitas, una cifra que nos permite ser expertos. Tenemos oportunidades de mejora: probar y atreverse a innovar puede resultar satisfactorio y rentable.

Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria

Juan Ángel Bellón Saameño

Centro de Salud El Palo (Málaga).

Sin duda el problema más sentido por los médicos de Atención Primaria de nuestro país es la elevada presión asistencial que soportamos. Suele ser un reiterado tema de conversación tomando café: "Hoy me he visto 60", y siempre se presenta como la inquietud preferente de las encuestas a los profesionales. Además de inconveniente, también se trata de una cuestión objetiva ya que, por ejemplo, más del 90% de los médicos de familia andaluces atienden a diario a más de 35-40 pacientes al día. Lo cierto es que después de ver los 30 primeros pacientes, los restantes que quedan, si supieran el estado mental-emocional¹ en el que a duras penas llegamos, no se expondrían a contarnos sus dolencias. No obstante, se sacan fuerzas de donde no quedan y se intenta responder con dignidad a todos los que acuden, con cita o sin cita. Pero esta situación, definida como un estresor crónico para el médico, a la larga se cobra su precio en forma de insatisfacción profesional y desgaste emocional.

Entre las conclusiones de una reciente revisión sistemática² se señala una clara relación entre el escaso tiempo por paciente –que es la consecuencia inmediata del exceso de presión asistencial– y la mala calidad de la atención. En concreto se cita el aumento de las derivaciones, de las prescripciones que incluso son de peor calidad, el descenso de la satisfacción del paciente, la educación sanitaria, la prevención, el abordaje psicosocial, y por si fuera poco, también se le relaciona con un mayor estrés profesional. Además, al disminuir el tiempo por paciente éstos acuden con más frecuencia a las consultas; o lo que es lo mismo el intento de reducir la demora disminuyendo el tiempo por paciente, inicialmente puede maquillarla, pero a medio-largo plazo produce más demora.

Si el exceso de presión asistencial es tan prevalente y trascendente, ¿por qué no se le proclama como el problema prioritario entre los prioritarios? Quizás la primera pregunta a responder sería: ¿acaso tiene solución? En principio, desde el punto de vista del médico, la solución

tomaría la forma de “aumento de plantilla”. El problema estaría en aquellos médicos que, por ejemplo, han pasado de los 2.000 a los 1.500 pacientes por cupo, pero siguen teniendo los mismos 40-50 pacientes por día, que por cierto son la mayoría. Es decir, la disminución del tamaño del cupo suele producir un aumento de la frecuentación inducida por el profesional que indefectiblemente produce una subida de la presión asistencial. En realidad se sabe que el tamaño del cupo llega a explicar el 5%-10% de la variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria³⁻⁴; o lo que es lo mismo, el 90%-95% de la causalidad de la utilización se debe a otros factores. Siguiendo el razonamiento del médico de familia se podría argumentar “que la culpa es de los pacientes”. En parte es cierto, sobre el 40%-50% de la variabilidad de la utilización es atribuible a factores del usuario, especialmente a la morbilidad, sobre todo la crónica y de salud mental⁵⁻⁶. No obstante, quedaría aún mucha variabilidad que explicar.

Recientemente hemos realizado un estudio sobre una muestra representativa de 333 médicos de familia y 38 centros de salud de Málaga y Jaén (MOCAUT-III)⁴. El modelo final consigue explicar un 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas a partir de factores del profesional y la organización, y gran parte de aquella se debe a factores modificables: demanda inducida por el profesional, organización de las prescripciones repetidas y los partes de IT, formación del profesional, perfil profesional, clima organizativo, etc. Estos resultados pueden inyectar algo de esperanza, aunque cierto grado de escepticismo tampoco viene mal.

La demanda inducida por el profesional viene dada por aquellas visitas que concertamos con los pacientes sin que realmente les aporte más salud. En los últimos años se están suministrando pruebas que demuestran la excesiva frecuencia de visitas que se recomiendan en los protocolos que editan los grupos de expertos. Así, por ejemplo, los hipertensos bien controlados bastaría con citarlos cada 6 meses⁷ sin miedo a que su salud se deteriore, o los controles de embarazo se podrían reducir a la mitad⁸ sin que se resienta la salud de las pacientes y sus hijos.

En nuestro país el 40% de los pacientes que nos visitan lo hacen por un motivo administrativo previsible⁹. El cambio de los formatos de las recetas y partes de incapacidad temporal (IT) podría reducir ese 40% a niveles más racionales. Una receta, como existe en otros países, que admite en un solo papel (o formato electrónico) varios fármacos para períodos de hasta un año. Impresos de IT con secuencia variable de la renovación en función del diagnóstico y la consideración del médico. Un paciente con una fractura de tibia y peroné abierto podríamos citarlo para dentro de tres meses sin miedo a que tuviéramos que darle el alta antes, ¿por qué hacerlo venir todas las semanas? Si a un hipertenso bien controlado no hay que citarlo hasta los 6 meses, ¿por qué no darle la medicación para 6 meses? Mientras no se produzcan estos cambios algunos médicos establecen sistemas organizativos que intentan simularlos, fundamentalmente basados en la acumulación y la entrega por personal no médico, que producen en la

mayoría de los casos descensos importantes de las visitas administrativas previsibles, y por tanto de la presión asistencial global¹⁰.

Al hablar del exceso de presión asistencial en Atención Primaria se sobreentiende que hablamos de la demanda médica; pero, ¿la demanda es médica o del centro de salud? ¿Hasta qué punto el resto de profesionales que trabajan en los equipos de Atención Primaria asumen su responsabilidad en la demanda? ¿Hasta qué punto el médico quiere ceder parte de la responsabilidad de la demanda en otros profesionales del centro de salud? En otros países la enfermería asume responsabilidades que son ajenas en el nuestro. Por ejemplo, llevan con éxito el peso de casi el total de las visitas a diabéticos e hipertensos o practican de forma eficiente el abordaje de problemas de salud menores¹¹⁻¹². A veces los médicos de Atención Primaria de nuestro país tenemos la impresión de que la labor de enfermería más que solucionar problemas a los pacientes, ser resolutiva y finalista, lo que aporta es un aumento de la demanda inducida. Puede que en determinados sitios y circunstancias sea así, pero también es cierto que algunos intentos de cambiar la situación en la línea de mayor responsabilidad y capacidad resolutiva por parte de enfermería ha producido buenos resultados de salud y organizativos¹³. Por otra parte, si los médicos tenemos ese volumen tan exagerado de carga administrativa, y se sabe que el aumento del número de administrativos se relaciona con la menor presión asistencial¹⁴, ¿por qué no se aumenta la ratio de administrativos en los equipos de Atención Primaria de nuestro país? Quizás el personal a potenciar en los centros de salud sea el personal administrativo más que el médico o el de enfermería.

En teoría una formación más resolutiva podría reducir la utilización de las consultas. Si tenemos un gran conocimiento, por ejemplo, de las dislipidemias y esta vasta formación lo que nos lleva es a pedir a la mayoría de nuestros pacientes analíticas cada tres meses, sin duda lo que estaremos haciendo es crear problemas a los pacientes más que solucionárselos, y de camino nos aumentamos la presión asistencial con nuestro único esfuerzo. Formación resolutiva sería aquella que consigue que los pacientes estén (o se sientan) realmente más sanos, por lo que su necesidad de acudir al médico descenderá. En este sentido cobra especial interés aquella formación que nos permita diagnosticar y orientar los problemas psicosociales de nuestros pacientes de forma eficiente¹⁵, sin olvidar la formación en habilidades de comunicación¹⁶. Tengamos en cuenta que el 30% de los pacientes que nos visitan tienen un problema psicosocial, aunque sólo tengamos diagnosticados a la mitad, y que precisamente es esta morbilidad la que más predice la utilización de las consultas de Atención Primaria⁵. Quizás como novedad quisiera plantear la necesidad de una formación específica en gestión de la demanda. De esta forma podríamos introducir variaciones en nuestra práctica profesional que se orientaran hacia la eficiencia en salud (más salud con menos visitas).

Hemos encontrado que una proporción importante de la variabilidad de la utilización de las consultas se debe al equipo, aparte de la atribuible al médico⁴. La frecuenta-

ción de los diferentes médicos componentes de los equipos suele ser muy homogénea, posiblemente porque los modelos organizativos del equipo serían muy uniformes. Además, otros factores como la demanda inducida del equipo, el clima organizativo, y en concreto, la percepción de fracaso del equipo y las tensiones médico-enfermera fueron trascendentales. También el desgaste emocional del equipo fue una variable significativa. No vamos a reinventar el trabajo en equipo en Atención Primaria, pero estos resultados sugieren que una intervención encaminada a potenciarlo pudiera reducir la presión asistencial. Al mismo tiempo abre la hipótesis de que sería más eficiente una estrategia de cambios en el equipo frente a la de cambio en un determinado médico.

Por otra parte, un grupo de profesionales, la verdad es que todavía pocos, vienen haciendo pequeños cambios en la organización de sus consultas que consiguen reducir su presión asistencial a términos más razonables; pero eso sí, de forma honesta (sin echar a los pacientes del cupo) y metódica. Esta es una de las claves del éxito: cambiar el *locus* de control externo -“la demanda depende de otros”– por el interno -“yo puedo controlar parte de la demanda”–; lo cual incrementa la denominada “percepción de autoeficacia”, que a su vez estimula “el cambio” y aumenta la satisfacción y la realización profesional. Este puede ser un mensaje positivo y estimulante que para nada exime de responsabilidades a todos los actores implicados en la gestión de la demanda: los usuarios, sus familias y sus grupos sociales, los profesionales y los sistemas organizativos. Actualmente sabemos que alrededor del 50% de la variabilidad de la utilización se puede explicar por los factores del usuario y otro 50% por los factores del profesional y la organización¹⁷⁻¹⁸.

El método para conseguir reducir la presión asistencial se puede resumir en 10 pasos o estrategias¹⁰:

– Hacer un diagnóstico organizativo de la consulta. Conocer la frecuencia y la presión asistencial. Si la primera es mayor de 4 visitas/año y la segunda mayor de 30 visitas al día (en un cupo de tamaño y estructura media), cabría un margen de mejora encaminado a reducir la frecuencia. Durante una o dos semanas clasificar nuestra demanda en una tabla tetracórica: motivo asistencial/administrativo y cualidad previsible/imprevisible.

– La proporción de visitas administrativas que nos suele salir por término medio es del 40%. Reducir la proporción de visitas administrativas previsibles por debajo del 20%-15% con medidas sobre las prescripciones repetidas y los partes de confirmación de IT. Dar recetas e impresos hasta el próximo control. Aunque un paciente venga por otro motivo, ¿puede prever que el paciente tiene que acudir por un motivo administrativo previsible?

– Modificar la agenda. Aumentar el tiempo total de consulta hasta un máximo razonable (4-5 horas). Ser realistas en el número tope. Ser flexibles en la oferta de citas según los días de la semana, la época del año y los picos de demanda. Organizar “citas colchones”. Gestionar las visitas concertadas en los días de menos demanda. Cuando se vaya reduciendo la presión asistencial, aumentar el tiempo

por paciente manteniendo el tiempo total de consulta. El objetivo son los 10 minutos por paciente.

– Distanciar los seguimientos de crónicos y reducir la demanda inducida (visitas que no producen más salud) procurando que enfermería participe de forma resolutiva. Congelar de manera provisional la captación activa y los programas preventivos, excepto lo imprescindible. Hacer los protocolos más científicos y menos medicodependientes.

– Consulta telefónica. Modular la demanda de avisos domiciliarios (filtro telefónico). Dar resultados que no requieran presencia física por teléfono. Realizar algunos seguimientos clínicos de forma telefónica. No abrir una consulta a demanda telefónica con un horario de consulta.

– Enfermería resolutiva. Mejorar la comunicación médico-enfermera, priorizar la actividad de enfermería a lo asistencial, abrir la puerta de entrada de los pacientes a enfermería, establecer agendas paralelas ya que enfermería puede dar resultados en el manejo de patología menor. Reservar un tiempo de 10 minutos para el manejo de la psicoterapia.

– Medidas de *feedback*. Conseguir información sobre la cantidad y calidad de nuestras derivaciones, prescripciones y solicitud de pruebas, si es posible con información tabulada comparativa y actuar hacia la mejora progresiva.

– Manejo del hiperutilizador. Actuación individualizada y metódica. Plantearse las 7 hipótesis que pueden mantener la hiperutilización (física, psíquica, social, familiar, cultural, administrativa y relacional), refutarlas y actuar sobre ellas. Entrenarse en el manejo de algunos hiperutilizadores difíciles.

– Formación en abordaje psicosocial. Habilidades de diagnóstico psicosocial y de comunicación clínica, técnica del salto, psicoterapia de 10 minutos. Aplicar el principio de intervención parsimoniosa. Redescubrir al trabajador social y los recursos sociales y la dimensión comunitaria. Aprovechar los grupos de autoayuda. Ser realista pensando qué puede ofrecer y qué no, y ser capaz de comunicárselo al paciente. Plan de cuidados del desgaste emocional del profesional.

– Trabajos por campañas. Plan de “picos de demanda”, utilización adecuada de los catarros de vías altas, grupos de educación de crónicos de “Bandura” (basados en la percepción de autoeficacia y la autonomía del paciente respecto de su enfermedad).

Después de 4-6 meses de llevar a cabo el plan habrá que volver a medir los indicadores del primer punto y reevaluar. Los 5-6 primeros puntos serían los elementos de la intervención básica para reducir la presión asistencial. Una vez que se ha intervenido sobre ellos en el primer año se deben mantener los cambios y se puede intentar algunos de los 4-5 últimos puntos en los años siguientes.

Un plan basado en los primeros 5-6 puntos puede producir descensos de la presión asistencial del 20%-30% en 6 meses. Añadiendo una intervención sobre el resto de puntos se podría sumar otro 10%-20% de descenso en el año siguiente. Los resultados dependerían del nivel previo de exceso de demanda del que se parte, del rigor del diagnóstico y de la aplicación de las medidas de intervención, del grado de motivación, formación y entrenamiento en gestión de la demanda y de algunos factores externos in-

controlables (aumentos de cupo, normas inductoras de la demanda desde otros niveles, etc.). No obstante se pueden detectar otros problemas que también pueden dificultar el proceso: la falta de formación y cultura de los equipos directivos de los centros de salud y los distritos-áreas respecto de la gestión de la demanda, que los compañeros que reduzcan su presión asistencial de forma honesta se vean penalizados, que se ponga el énfasis en la reducción "la demora cero" sobre la frequentación, o que la desresponsabilización de otras categorías profesionales de los equipos de Atención Primaria no se vaya superando. Aun así hay que reconocer que cierta proporción de médicos de Atención Primaria prefieren no saber del tema –"que me dejen como estoy"– y esto también es humano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellón JA, Fernández-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ and Couns* 2002;48:33-41.
2. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002;52:1012-20.
3. Groenewegen P, Hutton JBF. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Soc Sci Med* 1995;40:349-58.
4. Bellón JA, Martínez-Cañavate MT, Delgado A, Luna JD, López LA, Lardelli P. Modelo causal de los factores del proveedor y la organización que intervienen en la utilización de los servicios de atención primaria (MOCAUT-III). *FIS* 2004;00:1046.
5. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29: 1347-57.
6. Dowrick C, Bellón JA, Gómez MJ. Frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000;50:361-5.
7. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, McDonald SE, et al. Randomised equivalence trial comparing three and six months of follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004;328:204-6.
8. Carroll G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gürmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357:1565-70.
9. Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria* 2004;33:69-77.
10. Casajuana J, Bellón JA. Gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Vol. 1. 5th ed. Madrid: Elsevier España S.A., 2003; p. 84-109.
11. Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai W, Cleary PD et al. Primary Care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *JAMA* 2000;283:59-68.
12. Shum C, Humphreys A, Wheeler D, Cochrane M, Skoda S, Clement S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:1038-43.
13. Cebrán H. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin enfermería? *Aten Primaria* 2001;28 (Supl 1):45-6.
14. Hurley J, Woodward C, Brown J. Changing patterns of physician services utilization in Ontario, Canada, and their relation to physician, practice, and market-area characteristics. *Med Care Res Rev* 1996;53:179-206.
15. Bellón JA. Problemas psicosociales. En: *Guía de Actuación en Atención Primaria*. 2nd ed. Barcelona: semFYC; p. 267-71.
16. Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *An Sis San Navarra* 2001;24(Supl 2):7-14.
17. Bellón JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria. *Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria* 1996;18:289-96.
18. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the Behavioral Model of Utilization. *Health Services Research* 1998;33:571-96.

Gestión de una agenda de médico de familia

F. Xavier Manzanera López^a, M. Carmen Troyano Cusso^b y Antoni Gallego Zurdo^c

^aMedico de familia EAP Ciut Meridiana y ^bDirectora EAP Ciut Meridiana. Servicio de Atención Primaria Nou Barris. Barcelona.

^cMédico de familia. EAP Bufala-Canyet. Servicio de Atención Primaria Badalona. Badalona.

INTRODUCCIÓN

Llevamos 20 años de la Reforma de la Atención Primaria y desde entonces muchas son las cosas que han cambiado. Aquí no pretendemos hacer un análisis profundo de todas ellas, pero sí que nos centraremos en un ámbito concreto, que es el de la organización del trabajo¹ explicando la situación actual, las iniciativas que se pueden tomar desde la propia consulta de Atención Primaria para mejorárlas² y las mejoras que deben partir desde la Administración Sanitaria^{3,4}, reclamados por el informe Abril⁵ hace más de 10 años.

Sería fácil caer en la tentación de decir que los principales problemas que generan demoras en la accesibilidad son el número excesivo de pacientes por cupo, déficit en la estructura de los centros y en la concepción de los equipos, exceso de burocratización en la consulta y envejecimiento progresivo de la población^{1,2}. Pero la población asignada es la que tenemos y hasta que no disminuyan los ratios de la misma, dados a cada profesional, nos tendremos que conformar con tomar iniciativas que estén a nuestro alcance.

Algo difícil de cuantificar cuando hablamos de las consultas realizadas, aún hoy en día casi el único sistema para valorar la actividad asistencial⁶, es el medir consultas sin elementos diferenciadores entre distintas personas atendidas. Esto supone que un profesional efectúe 10 consultas a 10 personas, y otro realice 10 consultas a la misma persona.

Aumentar la accesibilidad del paciente parece que es la obsesión, pero para conseguirlo son necesarias diferentes actuaciones: sobre el propio profesional, para que esté motivado para realizar su trabajo^{7,8} y busque sistemas que disminuyan su angustia causante de determinadas situaciones en la consulta. Sobre la estructura de los centros para que se den los apoyos del personal de soporte que sean capaces de filtrar al paciente para agilizar la demanda. Sobre la propia administración para pedir, caso de no tenerlo, una buena informatización de las consultas y un simple teléfono en el despacho para aumentar la accesibilidad de nuestros pacientes.

LA SITUACIÓN ACTUAL

Voy a intentar explicar la situación en que se encuentra una consulta de Atención Primaria en función de la des-

cripción de los problemas con los que cada día debemos convivir para sacar adelante nuestro trabajo.

– Unos ratios de población por profesional superiores^{3,4}, con mucho, a lo deseable. Ratios de población que no contemplan características básicas de ésta^{9,10} como podrían ser el grado de envejecimiento (no parece que sea lo mismo tener una población joven, mayor o muy mayor por la frecuencia, la complejidad de las intervenciones y las patologías crónicas que padecen), las características socioeconómicas de la población y el tipo de población atendiendo al medio rural, urbano o suburbano¹¹.

– Las listas de espera tanto quirúrgicas como para visitas a especialistas⁹ que representa un aumento de las mismas para contenerlas desde la Atención Primaria. El aumento de demanda asistencial de un paciente que tarda meses en ser visitado por un especialista de segundo nivel o que tarda algo más que meses para ser intervenido, por lo general de prótesis, implica una demanda evitable con la que nada podemos hacer para contenerla, y colapsa nuestras consultas con reclamaciones, y ante la frustración originada en el paciente se producen más demandas.

– Las demoras en las exploraciones complementarias, que no dejan de ser otras listas de espera que implican más visitas para contener la demanda, más prescripción farmacéutica para contener los síntomas, falta de certeza en el paciente sobre su diagnóstico y más dificultad en el médico, que debe tratar al paciente en la incertidumbre, sin muchas veces tener necesidad.

– La accesibilidad al médico de cabecera ha disminuido¹¹ y ello explica el aumento progresivo de las urgencias. Hemos pasado del señor de gris que entregaba números a la cita previa.

– Una accesibilidad telefónica muchas veces inexistente por carecer de teléfono en la consulta, y por no estar dispuestos a tener que ir, en ocasiones, a otra planta del edificio para contestarlo, interrumpiendo de este modo la consulta.

– Mayores obligaciones informativas y corresponsabilización del enfermo en las decisiones clínicas¹².

– Una burocratización en la prescripción farmacéutica de la medicación utilizada para tratar enfermedades crónicas^{2,13} que provoca no sólo una visita anual, semestral o trimestral para el control de la enfermedad crónica, sino el tener que recibir multitud de visitas para solicitar esta medicación crónica que ya hemos prescrito, y que pretendemos que el paciente tome hasta el siguiente control. Con esta burocratización se consigue que muchas veces quien gestiona la prescripción no sea el médico, sino el propio paciente que decide cuándo quiere la medicación, los envases que precisa, e incluso, si quiere acumular envases porque llega el invierno o las vacaciones.

– La burocratización de la Incapacidad laboral transitoria (IT) que obliga al médico a realizar un parte de confirmación semanal^{2,13} con la consiguiente visita y con la muchas veces aterradora visita semanal del paciente con largas IT, que en cada una de ellas aprovecha para añadir nuevos síntomas a su enfermedad hasta acabar siendo de difícil manejo, no ya la enfermedad por la que se le da la

IT, sino por todos aquellos síntomas o enfermedades que han ido apareciendo a lo largo de los meses.

– La falta de apoyo administrativo¹⁴ en la contención de las urgencias. Habitualmente se sigue una política de no enfrentamiento con el paciente para que sean otros los que deban ordenar la demanda. El resultado es que éste puede venir siempre que quiera, y en cualquier momento se encontrará un médico que le atienda.

– La informatización de las consultas, cada vez más extendida^{4,15}, todavía no es capaz de solucionar muchos de los problemas que tenemos de peticiones, derivaciones, prescripciones farmacéuticas activas o crónicas, altas, bajas y partes de confirmación, listados de pacientes por procesos o patologías, etc. Hace unos años pedíamos etiquetas para no tener de repetir continuamente los datos de los pacientes en peticiones y derivaciones; ahora queremos de la informática algo más que sea una pantalla en la que se acumulan datos, y que dé tanta utilidad es competencia del gestor. Queremos una herramienta útil para disminuir la burocratización de las consultas y poder dedicar más tiempo a la atención de las patologías de nuestros pacientes.

– La falta de un espacio de tiempo para poder realizar faenas burocráticas⁴, como podrían ser elaboración de informes y certificados, repasar y poner orden en las historias clínicas, preparar el material necesario para realizar la consulta sin tener que abandonarla, a veces con demasiada frecuencia, para ir a buscar un determinado impreso o receta o material médico. No olvidemos que enfermería tiene sus propias funciones dentro del trabajo en equipo, y que entre ellas no está la de reponernos material.

En resumidas cuentas encontramos muchas carencias dentro de la propia consulta y estructura del trabajo del médico de familia sin entrar en algunos de los problemas de población adscrita que hemos apuntado anteriormente.

Pero de todos modos, trabajando con abnegación, intentando cuidar de nosotros mismos y de nuestro entorno laboral, controlando nuestra agenda de visitas y realizando unas visitas médicas lo más productivas posible se puede llegar a unos mínimos aceptables para desempeñar nuestro trabajo.

ALGO A EVITAR

Voy a exponer un caso clínico, a modo de ejemplo, para dejar sentado que ésta no es la solución para el doctora "A", y que por supuesto no es la solución para el doctor "B"¹⁶.

Marta es un ama de casa de 60 años que acude a la consulta de la doctora "A" en busca de unas recetas. La doctora "A", cuando ve entre las recetas la conocida y carente de valor terapéutico "H", que le lleva cada vez que viene a la consulta piensa que otra vez está pasando lo mismo. Se lo explica y decide no hacer dicha receta porque en su caso no encuentra mejoría con la citada medicación.

Marta, la paciente, se va enfadada de la consulta y solicita cambio de médico. Le asignan al doctor "B".

Cuando Marta acude a la consulta del doctor "B" éste ve que en la historia consta el seguimiento de la doctora "A" y entiende en seguida el motivo del cambio de médico al ver

que Marta le enseña la medicación que toma. Habla con ella, le dedica 10 minutos de consulta para escucharla y saber lo que le ocurre, le da la medicación que pide y la vuelve a citar en una semana para continuar su valoración. Con esto ha agotado el tiempo de los dos pacientes siguientes, que tendrá de ir recuperando a lo largo de la jornada.

Después de 2 o 3 visitas más el doctor "B" es capaz de diagnosticar en Marta un cuadro depresivo que le hace aumentar la frecuencia y que empieza a tratar con medicación, manteniéndole la mencionada "H" para fidelizar a la paciente.

Los resultados que podemos extraer del caso de Marta son 2 de bien diferentes:

La doctora A es mejor médico que el doctor B, porque tiene menos lista de espera y porque prescribe menos medicamentos de valor terapéutico bajo y gasta menos en prescripción farmacéutica.

El doctor B ha atendido correctamente a Marta y le ha prestado el servicio que necesitaba; con el tiempo contendrá su demanda, pero seguro que gastará más y tendrá más demora.

Sin querer caer en el esperpento nuestro trabajo solo pretende explicar los mecanismos que desde nuestras consultas debemos ser capaces de utilizar para mantener la demanda dentro de unos márgenes aceptables en función de la población que tenemos asignada. Todo esto dentro de una ética médica a la que no debemos renunciar.

En el caso clínico hemos hecho una mención al tiempo de consulta que dedica el doctor "B", de 10 minutos^{3,4,7,13,17}, para realizar una visita. Con esto en ningún momento queremos hacer apología de un eslogan (10 minutos) que lo que pretende no es otra cosa que dignificar el trabajo. Lo que desde aquí defendemos es tener tiempo para llevar a cabo una asistencia de calidad y dignificar el acto médico, no hacer apología de un eslogan más o menos afortunado.

COSAS QUE CONVIENE NO PRACTICAR Y OTRAS QUE SÍ CONVIENE PRACTICAR

Conviene no practicar la desesperación y debemos ser capaces de identificar los problemas que en nosotros mismos genera nuestra práctica diaria en la consulta.

Otra cosa que debemos procurar no practicar es formular aquella tópica pregunta de: ¿desea alguna cosa más?¹⁸. Claro que el paciente desea algo más, pero una vez alcanzado continuará su frustración y seguirá queriendo algo más. Es una frase que debemos erradicar a menos que se pamos la respuesta, y ésta forme parte de una entrevista estructurada.

También conviene recordar que debemos dejar aparcadas fuera de la consulta nuestras agendas ocultas². Entendemos que el paciente puede tener las suyas, aquella receta o aquella IT que pretende conseguir con una demanda diferente esperando el momento para introducir el tema que le importa. Nosotros por nuestra situación no debemos "andar" con estas agendas, nos hemos de sentar en la consulta tranquilos, relajados pero atentos, sin acordarnos

de nuestro problema ni de nuestros incentivos, y en todo caso si pensamos en alguna agenda, que sea la nuestra de cada día y en su gestión.

Debemos practicar habilidades de comunicación¹⁹, con lo que aumentaremos los resultados de salud de nuestros pacientes y nuestra satisfacción subjetiva.

DEFINICIONES

– Cita previa: son las visitas solicitadas por el paciente, con antelación al día de la fecha, para tratar cualquier tipo de problema de salud o burocrático.

– Cita concertada: son las visitas pactadas entre médico y paciente para el seguimiento de enfermedades crónicas sujetas a un protocolo de práctica clínica. Suelen ser de una duración mínima de 15 minutos y son solicitadas por el paciente con antelación.

– Cita espontánea: son las visitas solicitadas por el paciente, el mismo día de la visita, para tratar cualquier tipo de problema de salud o burocrático.

– Visita urgente: son las visitas solicitadas por el paciente, el mismo día de la visita, para tratar un problema de salud urgente a criterio del paciente.

EL CONTROL DE NUESTRA AGENDA

El control de una lista de espera sólo se puede hacer aumentando los recursos; éstos casi siempre son monetarios y hay que racionalizar los recursos existentes.

Está claro que más personal para controlar nuestra lista de espera no nos van a dar, con lo que la única solución consiste en aumentar el tiempo de cita previa y cita espontánea. Cómo hacerlo lo explicaremos enseguida.

Sobre el tema de racionalizar los recursos existentes en el centro tendremos que conseguir una mayor colaboración del personal de soporte¹³ y deberemos coordinar lo mejor posible el control de los enfermos crónicos con el personal de enfermería²⁰.

Lo primero es conocer con una periodicidad diaria nuestro retraso en la cita previa. Lo ideal es conseguir que el paciente que llame hoy se le visite mañana. Una vez conocido el retraso debemos intentar aumentar la cita previa²¹, de tal manera que terminemos la semana con huecos el viernes.

Los lunes, que de forma habitual si no tenemos demora estarán bastante vacíos, (el paciente que se visita el lunes suele ser, en condiciones estándar, el que ha llamado el viernes) los podremos utilizar para realizar un control de los pacientes en situación de IT²⁰ y para visitar aquellos pacientes que nosotros hayamos citado. Como la cita de los lunes no estará llena y éste es el día que más fallos tendremos en la cita previa^{22,23} podremos atender de la mejor manera posible una visita espontánea más numerosa de lo habitual, y si solucionamos los problemas no se nos llenará después la cita previa de la semana.

He aquí los dos primeros trucos: el viernes terminar sin demora y los lunes control de IT y la visita espontánea bien atendida.

¿DE DÓNDE SE SACA EL TIEMPO?

El tiempo se puede sacar evitando una discriminación, que de forma habitual estamos haciendo con los pacientes crónicos: darles privilegios.

El paciente crónico acude a consulta de enfermería cuando se le programa, en ocasiones con demasiada frecuencia, va a nuestras visitas concertadas para el control de sus patologías y su medicación si es hipertenso un mínimo de una vez al año, diabético dos veces al año, dislipidémico 4 veces por lo menos, cuando sufre enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) si podemos en cada reagudización, y además como conoce el sistema mejor que nadie acude con cita previa cuando lo cree necesario, a veces para enseñarnos un análisis teniendo cita concertada a los pocos días.

El paciente agudo la mayoría de las veces es un trabajador o estudiante joven que no tiene mucho tiempo para acudir al médico y que recibe sistemáticamente un maltrato¹⁵, ya que cuando se pone enfermo no tiene cita previa, y si la quiere en el día todos sabemos lo que molestan las visitas fuera de hora y lo estrictos que somos con las peticiones que nos hacen, que no se corresponden con el motivo de la urgencia.

Estamos haciendo una discriminación negativa con el que menos veces acude a nuestra consulta, y no somos equitativos²¹ al prestarle nuestra asistencia. La solución pasa por darle el tiempo que nos pide, y la forma es reservar una hora de nuestra agenda cada día para la visita espontánea y tratarla como cualquier paciente con cita previa¹⁴. Escucharle, tener su historia clínica, hacerle las exploraciones que precise, realizar derivaciones, solicitar exploraciones complementarias, prescribir medicamentos, etc., como cualquier paciente con cita previa¹¹.

La forma que tenemos para sacar una hora al día destinada a las visitas espontáneas sin alargar nuestra jornada laboral es la de anular la cita concertada, y mejor aún: estar sin ella. Los pacientes crónicos se siguen visitando, les seguimos controlando y no pasa nada. Aún, a día de hoy, ningún paciente me ha pedido su cuarto de hora para realizar las visitas de control de sus enfermedades crónicas. Las visitas y los controles se siguen haciendo, aunque de otro modo y con menos tiempo.

LA AYUDA DE LA INFORMÁTICA

No hace tanto pedíamos etiquetas²⁴, y ahora creo que bastantes estamos recibiendo una ayuda importante por parte de la informática, que nos evita muchas tareas repetitivas. También es cierto que tiene sus complicaciones²⁵, aunque este no es un tema a tratar en esta ponencia.

Con la informática conseguimos tener la historia clínica siempre a nuestra disposición, tanto para los pacientes programados como para las visitas espontáneas⁹ y las urgencias. Conseguimos que los pacientes estén correctamente identificados en todos los papeles que generamos, y evitamos que vuelvan a consulta por nuestros errores burocráticos¹⁰.

Conseguimos que los partes de confirmación se hagan al momento y sin errores y que la medicación crónica esté mucho mejor controlada²⁴.

En resumen, supone un buen sistema aunque a veces esté presentado en un mal formato. Lo que sí está claro es que va mejorando y que pronto tendremos una historia clínica compartida, por lo menos en parte con los distintos niveles asistenciales²⁵ y que las altas hospitalarias, interconsultas, radiología, electrocardiograma (ECG), analíticas y demás pruebas complementarias estarán dentro de la propia historia.

LA AYUDA DEL PERSONAL DE SOPORTE

Hay dos temas que han de salir, si no han salido ya, de nuestra consulta al precio que sea: las recetas de medicación crónica y los partes de confirmación de las IT.

Medicación crónica

Antes de la introducción de la informática²⁴ era un tema que se dejaba en manos de la consulta de enfermería con el consiguiente enfado de este personal^{2,3} y el tenor que oír más de una vez aquello de "no me toca". Actualmente, ya sin la contribución que durante años ha sido impagable del personal de enfermería, es una labor que corresponde al personal administrativo. Diferentes son las fases del proceso: primero la introducción de la medicación con la posología y la duración del tratamiento por el facultativo; segundo, la gestión masiva de recetas por parte del administrativo fuera de la consulta como un puro acto administrativo; tercero, la firma de las recetas que puede ser personal por el propio médico, digitalizada en el sistema informático que genera las recetas o delegada en otro miembro del equipo; cuarto, la entrega de la medicación al paciente en dependencias administrativas; y quinto, la renovación, en principio anual, de la medicación crónica.

Partes de confirmación de las IT

Al igual que con las recetas es un tema que nos ha burocratizado²⁴ mucho la consulta. Nosotros, y en muchos casos nuestra enfermera, nos hemos tenido que pasar muchas horas al año preparando los partes de confirmación y las altas laborales³. Con la informática esto ha pasado a mejor vida, pero todavía nos queda la visita semanal del paciente de baja en busca de los partes. Esto genera como promedio entre 30 y 50 visitas a la semana por cuestiones sólo burocráticas. Como nuestra obligación en las IT es hacer la baja, las revisiones periódicas el día 18 de la IT, y a partir de entonces cada 28 días, y el control evolutivo hasta el alta laboral. La solución más eficaz consiste en derivar al personal administrativo los partes de confirmación haciendo por nuestra parte el seguimiento cada 4 semanas hasta el alta.

LA AYUDA DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

De lo dicho hasta ahora respecto de cómo intervenir en nuestra agenda para eliminar nuestras listas de espera hemos dejado para el final a la Administración. Es la que más puede hacer por la dignificación de nuestro trabajo, pero es el factor sobre el que menos podemos incidir.

Estamos seguros de que si dotaran a nuestros centros de las estructuras necesarias y nos redujeran los ratios de población asignada, a los que realmente podemos ver, ha-

ciendo una medicina que nos permitiera centarnos en el individuo²⁶ y tuviéramos un elevado poder de resolución, la cosa cambiaría.

Pero no trata esta ponencia de aumentar los recursos, sino de administrarlos mejor, por lo que se hace necesario pedir a la Administración que coordine y vigile la relación con los distintos niveles asistenciales^{8,27}, que las relaciones entre éstos sean fluidas y que con las derivaciones se obtenga el máximo provecho.

También debemos eliminar las hojas interconsulta repetidas anualmente para la burocracia del segundo nivel. También deberían eliminar los volantes para visitar a los especialistas que comparten historia clínica. En estos casos debería ser suficiente con las anotaciones de la historia clínica.

También sería bueno anular los volantes de tratamiento ambulatorio, ECG, espirometrías, audiometrías, vacunaciones, etc., que habitualmente hacemos y que con una historia clínica informatizada, y de uso y consulta por el personal de enfermería carece de sentido.

Una última petición a la Administración Sanitaria: que nos permita realizar un seguimiento activo de las IT, controlando la agenda del paciente en situación de IT, tanto de las derivaciones a especialistas, exploraciones complementarias y listas de espera quirúrgicas.

Parece que si alguien está de IT debemos hacer lo posible para que se reincorpore a su trabajo lo antes posible, por el ahorro que esto supone en recursos públicos. Haciéndolo así conseguiríamos que el simulador no tardara un mes en hacerse la radiografía que le pedimos, otro mes más en ir al especialista y otro en darnos la respuesta del mismo.

El paciente que tiene realmente un problema de salud que le impide realizar su trabajo tendrá en nosotros a alguien que le guíe por el sistema sanitario y agilice su proceso.

CONCLUSIONES

– Debemos controlar nuestra agenda y hacerla flexible en función de los picos de demanda⁷.

– Debemos reservar el tiempo necesario en nuestra agenda de cada día para poder realizar una visita espontánea con todas las garantías, para no discriminar a esta población joven y trabajadora de la población crónica¹⁵.

– Debemos cuidarnos y ser capaces de analizar aquello que nos angustia para tratar de no caer en el desánimo²⁰.

– Con la ayuda del personal de enfermería debemos hacer un seguimiento correcto de las personas con enfermedades crónicas^{2,14,20}.

– Con la ayuda del personal administrativo tenemos que sacar de la consulta las recetas de medicación crónica y los partes de confirmación^{2,14}.

– Con nuestras peticiones hemos de conseguir que la Administración Sanitaria nos permita tener una mejor coordinación con los profesionales adscritos a nuestro equipo y con otros niveles asistenciales^{2,14}.

– Y todo lo anterior sin perder de vista que el sistema sanitario ha de estar centrado en el paciente y que debemos emplear los recursos de los que disponemos con el máximo de eficacia y eficiencia²⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro A, Ledesma Castellort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Aten Primaria 2000;25:48-58.
2. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria. Organización de un Servicio de Atención Primaria.
3. Grupo de consenso de Atención Primaria. Un modelo de atención en crisis. Gijón: 10 de noviembre de 2000.
4. Criterios básicos para el ejercicio médico en Atención Primaria. Organización Médica Colegial. Marzo de 2003.
5. Villar J, Hernández C. Morir en Abril: una reflexión sobre la realidad sanitaria española. Med Clin 1993;100:705-6.
6. Guerra Aguirre J. La gestión de costes en Atención Primaria. Economía de la Salud 2003;190-1.
7. Borrell i Carrión F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. Aten Primaria 2001;27:343-5.
8. Loayssa Lara JR, Indurain Orduña S, Extremera Urabayen V, Agreda Peiró J, Extramiana Cameno E, Vilches Plaza C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. Aten Primaria 1997;20:34-40.
9. del Llano Señaris J. La sanidad en España: la dificultad de todo para todos y gratis. Med Clin 1999;112:496-8.
10. Marion Buen J, Peiro S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin 1998;110:382-90.
11. Ortún V, Gervás J. Potenciar la atención primaria de salud. Informe SESPAS. Sevilla, 1999.
12. Ley 41/2002, de 14 de noviembre de 2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
13. Documentos Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria. Propuestas de mejora en la atención primaria del Sistema Extremeño de Salud. Marzo, 2004.
14. Rodríguez Alcántara F, Rodrigo García-Pando C, Hernández Colau I, Lozano Quintana A, Hernández Diez I. ¡Doctor, vengo de urgencias! Aten Primaria 1998;22:655-60.
15. Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. Gac Sanit 2002;16:182-7.
16. García Pérez MA, Molina Siguero A, Cerrada Puri I. Productividad ¿Humana? Revista Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria 2001;3:52.
17. La atención primaria, un modelo de asistencia en crisis. Revista Economía de la Salud. Marzo 2002. En portada.
18. Peláez Fernández C, Fernández Rodríguez MI, Suárez Gil P, Malo de Molina Martínez A, Díaz Alvarez A. Las demandas adicionales ("ya que...") en atención primaria. Aten Primaria 1996;17:12-6
19. Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. ANALES Sis San Navarra 2001;24(Supl 2):7-14.
20. Al-Jam Nehlawi H, Bermúdez Linares L, Casado López M, De las Heras Loa S, Alonso González M, González Martínez Y. Una agenda más activa: Posible solución a algunos problemas de nuestras consultas. Revista Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria 2002;4:24-8.
21. Ruiz Téllez A. La flexibilización de la consulta en los picos de demanda. Aten Primaria 2001;28:1-3.
22. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Redondo S, Soto M, Alejandre G, López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. MEDIFAM 2001;11:140-6.
23. Negredo Álvarez JM, Guerrero Fernández M, Campuzano López FJ, Bernal Fernández F, Pellicer F, Murcia Vivancos MC. Incumplimiento a citas concertadas en pacientes de una consulta de alergología. Alergol Inmunol Clin 2002;17:295-302.
24. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN 1996. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Aten Primaria 1998;21:489-98.
25. Alonso López SA, Ruiz Téllez A, Guijarro Egusquiza A. De la informática como obstáculo a la informática como excusa: mirando hacia el futuro. Aten Primaria 1995;16:579-82.
26. Ruiz Téllez F, Alonso López F. Sistemas de información maduros para una Atención Primaria adulta. El proyecto GESHIP. MEDIFAM 2001;11:247-52.
27. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin 1996;106:97-102.