

# ¿Por qué hay pacientes que acuden sin cita previa?

R. de Dios del Valle<sup>a</sup>, A. Franco Vidal<sup>b</sup>, G. Tena Ortega<sup>c</sup>, M. Muedra Sánchez<sup>c</sup>,  
A. Hernández Sánchez<sup>c</sup> y E. Grueso Muñoz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director Médico. Área Sanitaria I. Asturias.

<sup>b</sup>Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnica de Salud. Área Sanitaria VIII. Asturias.

<sup>c</sup>Médicas especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria IV. Madrid.

**OBJETIVO.** Estudiar los motivos para acudir sin solicitar cita en Atención Primaria (AP).

**MÉTODOS.** Estudio descriptivo observacional y transversal, emplazado en el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Cirajas I y II del Área IV de Madrid. Se estudiaron 277 pacientes seleccionados consecutivamente entre los que acudieron al centro sin cita durante el 2001. Variables: edad, sexo, país, estudios, situación laboral, motivo de acudir sin cita, día, horario, profesional que lo atiende, diagnóstico, tratamiento. Se realizó un estudio descriptivo donde las variables cuantitativas se describirán con la media, la desviación estándar y la mediana; las cualitativas por la distribución de frecuencias. Posteriormente, un análisis bivalente buscando la relación de las variables con los motivos por los que se acudió sin cita utilizando la prueba exacta de Fisher y la prueba de Chi-cuadrado.

**RESULTADOS.** El principal motivo fue la urgencia médica en un 42,24% (36,5-48,1), seguido de acudir como acompañante en un 10,7% (7,3-14,5) y a por recetas en un 7,94% (5,2-11,6). Los diferentes motivos para acudir sin cita se relacionaron de forma estadísticamente significativa con diferentes variables. Así, encontrar el teléfono ocupado se relaciona con el horario de mañana, acudir como acompañante se relaciona con inactividad laboral, horario de tarde y con acudir a su propio médico. El desconocimiento del sistema se relaciona con nacionalidad extranjera. La incompatibilidad con horario laboral se relaciona con un nivel de estudios alto.

**CONCLUSIONES.** En nuestra zona básica de salud existen diferentes motivos que provocan que los pacientes tengan que acudir sin solicitar cita. Conociéndolos podemos establecer medidas de mejora encaminadas a reducir el número de estos pacientes, así como el impacto en el trabajo diario.

*Palabras clave:* Atención Primaria de Salud, cita previa, calidad asistencial.

**OBJECTIVE.** Study the reasons why some people come to Primary Care without an appointment.

**METHODS.** Descriptive, observational and cross-sectional study conducted in the Madrid Area IV Primary Care Team of Cirajas I and II. A total of 277 patients consecutively selected between those who came to the site without an appointment during 2001 were studied. Variables: age, gender, country, studies, work situation, reason for coming without an appointment, day, time, professional who saw the patient, diagnosis, treatment. A descriptive study was conducted where the quantitative variables were described with the mean, standard deviation and median and the qualitative ones by distribution of frequencies. Subsequently, a bivariate analysis was done, seeking the relationship of the variable with the reasons for coming without an appointment, using Fisher's exact test and Chi-squared test.

**RESULTS.** The main reason was medical emergency in 42.24% (36.5-48.1), followed by accompanying a patient in 10.7% (7.3-14.5) and for prescriptions in 7.94% (5.2-11.6). The different reasons for coming without an appointment were related in a statistically significant way with different variables. Thus, finding the phone busy is related with the morning schedule, accompany a patient is related with work inactivity, afternoon time and coming to one's own physician. Lack of knowledge of the system is related with foreign nationality. Incompatibility with work schedule is related with a high level of studies.

**CONCLUSIONS.** In our basic health zone, there are different reasons that cause the patients to come without requesting an appointment. By knowing them, we can establish improvement measures aimed at reducing the number of these patients and the impact on the daily work.

*Key words:* Primary Health Care, appointment, care quality.

## INTRODUCCIÓN

La actividad asistencial en Atención Primaria (AP) se clasificó atendiendo a quien establece la necesidad de la misma; así, las consultas son concertadas-programadas cuando es el profesional el que establece la conveniencia de tener una nueva cita, o a demanda cuando es a iniciativa del usuario.

Correspondencia: R. de Dios del Valle.

C/ San Lázaro 31, 5.º E

33008 Oviedo.

Correo electrónico: ricardo.dedios@sespa.princast.es

Recibido el 02-09-04; aceptado para su publicación el 21-02-05.

Ambos tienen la característica común de establecerse en horarios preestablecidos y conocidos por el paciente<sup>1</sup>.

El tiempo de espera para acceder a consulta fue establecido como indicador de satisfacción de los usuarios<sup>1-3</sup>. Algunos estudios apuntan que la espera es una de las principales causas de insatisfacción de los pacientes<sup>4</sup>. Los programas de cita previa se crearon para mejorar la accesibilidad y reducir los tiempos de espera. Adaptar el ritmo de la actividad a esos horarios prefijados requiere un esfuerzo por parte de los profesionales.

La existencia de pacientes que acuden sin haber solicitado una cita previamente (PSC) conlleva importantes problemas de organización en consulta y en el centro<sup>5-7</sup>. Dicha asistencia es percibida por los profesionales como un problema que altera el ritmo de la consulta, provocando un aumento de la demora para los pacientes que reservaron su cita, sin que en muchos casos esté justificada. Otro problema es la desestructuración de la agenda del profesional, produciendo interferencias en la gestión del tiempo dedicado a las diferentes actividades propias de la AP, provocando una gestión ineficaz del tiempo de consulta.

Esto ocasiona un conflicto entre lograr una atención accesible permanentemente y una reducción de la demora de la atención, así como lograr una gestión adecuada del tiempo para dedicar más a los procesos que lo necesiten.

Las urgencias se clasifican en: subjetivas, cuando se percibe una alteración de la salud que provoca la solicitud de una respuesta rápida del sistema, y objetivas, cuando el médico considera necesaria una atención inmediata<sup>5,7</sup>. Este trabajo se ha centrado en el concepto de urgencias subjetivas como causantes de la demanda asistencial.

Como objetivo del estudio, se pretende estudiar las características sociodemográficas de la población que acude sin cita a las consultas médicas de dos Equipos de AP (EAP) y analizar motivos, diagnósticos y asistencia sanitaria recibida.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Diseño

Estudio descriptivo observacional y transversal.

**Tabla 1. Descripción de la muestra**

Variables	Categorías	n	%	IC 95%
Edad		277	50,55* (21,2)**	48-53
Sexo	Mujer	142	56,35	50,2-62,4
	Varón	110	43,65	37,6-49,8
Lugar de origen	España	238	86,23	81,8-89,9
	América del Sur	30	10,87	7,6-15
	Europa del Este	3	1,09	0,3-2,9
	Magreb	3	1,09	0,3-2,9
	África subsahariana	1	0,36	0-1,8
	Asia	1	0,36	0-1,8
Estudios	Sin estudios	48	17,71	13,5-22,6
	Primarios	115	42,44	36,7-48,4
	Secundarios	77	28,41	23,3-34
	Universitarios	31	11,44	8,1-15,7
Situación laboral	Activo	123	44,4	38,6-50,3
	Jubilado	80	28,88	23,8-34,4
	Desempleado	22	7,94	5,2-11,6
	Otros (estudiantes, ama de casa)	52	18,77	14,5-23,7

Para cada variable se han omitido el número de casos perdidos en los que el dato no estaba disponible o no se había recogido correctamente.

\*Edad media.

\*\*Desviación estándar.

**Tabla 2. Característica de la atención**

Variables	Categorías	n	%	IC 95%
Día de la semana	Lunes	71	25,91	21-31,4
	Martes	48	17,52	13,4-22,4
	Miércoles	42	15,33	11,4-20
	Jueves	52	18,98	14,7-24
	Viernes	61	22,26	17,6-27,5
Horario	Mañana	151	54,51	48,6-60,3
	Tarde	126	45,49	39,7-51,4
Profesional que lo atendió	Su propio médico	207	74,73	69,4-79,6
	Otro médico	69	25,27	20,4-30,6
Necesidad de tratamiento	Sí	156	56,32	50,4-62,1
	No	121	43,68	37,9-49,6
Derivación al hospital	Sí	9	3,25	1,6-5,9
	No	268	96,75	94,1-98,4

Para cada variable se han omitido el número de casos perdidos en los que el dato no estaba disponible o no se había recogido correctamente.

**Tabla 3. Motivos aducidos por los pacientes para acudir sin cita**

Motivos para acudir sin cita	n	%	IC 95%
Urgencia médica	117	42,24	36,5-48,1
Acude acompañando a otra persona	29	10,47	7,3-14,5
Se le han acabado las recetas	22	7,94	5,2-11,6
No solicita cita por estar el teléfono ocupado	21	7,58	4,9-11,2
No hay citas libres	16	5,78	3,5-9
Horario laboral	16	5,78	3,5-9
Desconocimiento del sistema de cita previa	12	4,33	2,4-7,3
Acude a por recetas tras alta del hospital	11	3,97	2,1-6,8
Error en la cita	10	3,61	1,9-6,3
Comodidad	7	2,53	1,1-4,9
No asignación de médico	5	1,81	0,7-4
Administrativo	4	1,44	0,5-3,5
Otros	7	2,53	1,1-4,9

### Ámbito

EAP de Cirajas I y II del Área IV de Madrid. Ambos EAP comparten local, prestando atención uno en horario de mañana y otro de tarde, siendo la población atendida de características similares. Atienden a una población de 33.807 personas, lo que supone un tamaño medio de cupo de 1.232 cartillas (Cirajas I) y 2.025 (Cirajas II), con una presión asistencial media de 26,77 (Cirajas I) y de 40,47 (Cirajas II).

### Población de estudio

Población adulta (> 14 años) perteneciente a consultas médicas de estos EAP que acude a consulta médica sin solicitar cita.

### Muestra

Doscientos setenta y siete pacientes seleccionados consecutivamente entre todos los que acudieron al centro sin cita durante el primer trimestre de 2001. El cálculo del tamaño muestral se realizó con el paquete EPI-INFO v. 6.04, y puesto que no se disponía de datos previos, el tamaño muestral se calculó basándose en la situación más desfavorable ( $p = 0,5$ ), con una precisión del 6% y una seguridad del 95%, considerándose la población de origen como infinita.

### Variables estudiadas

Edad, sexo, país de origen (españoles y otros), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), situación laboral (activo, desempleado, jubilados y otros), motivo de consulta sin cita (urgencia -entendida como visita no demorable desde el punto de vista del paciente-, solicitud de recetas, mala evolución de patología previa, no asignación de médico, teléfono ocupado al solicitar cita, desconocimiento, horario laboral, otros), día de la semana, turno (mañana -hasta las 15:00 horas- o tarde), concordancia entre el médico habitual y el receptor, motivo de consulta, tratamiento y traslado al hospital. Esta información fue recogida por el médico mediante entrevista personal al paciente y a partir de la historia clínica una vez finalizada la consulta.

### Análisis estadístico

Se realiza un estudio descriptivo de la muestra de forma que las variables cuantitativas se describen con la media, la desviación estándar y mediana; las cualitativas por la

**Tabla 4. Relación entre los motivos para acudir sin cita y el resto de variables (I)**

	Nacionalidad		p-valor
	Española (n = 238)	Otra (n = 39)	
Urgencias	41,6% (n = 99)	46,2% (n = 18)	n.s.
Acompañante	11,8% (n=28)	2,6% (1/39)	0,094
Ocupación del teléfono	8,4% (n = 20)	2,6% (1/39)	n.s.
Recetas	8,8% (n = 21)	2,6% (1/39)	n.s.
Sin médico asignado	0,8% (n = 2)	7,7% (3/39)	0,021
No citas libre	6,3% (n = 15)	2,6% (1/39)	n.s.
Error citas	3,8% (n = 9)	2,6% (1/39)	n.s.
Horario laboral	5% (n = 12)	10,3% (4/39)	n.s.
Desconocimiento del sistema	2,1% (n = 5)	17,9% (7/39)	< 0,0001
Alta hospitalaria	4,2% (n = 10)	2,6% (1/39)	n.s.

**Tabla 5. Relación entre los motivos para acudir sin cita y el resto de variables (II)**

	Horario		p-valor
	Mañana (n = 151)	Tarde (n = 126)	
Urgencias	42,4% (n = 64)	42,1% (n = 53)	n.s.
Acompañante	5,3% (n = 8)	16,7% (n = 21)	0,003
Ocupación del teléfono	11,9% (n = 18)	2,4% (n = 3)	0,003
Recetas	9,3% (n = 14)	6,3% (n = 8)	n.s.
Sin médico asignado	1,3% (n = 2)	2,4% (n = 3)	n.s.
No citas libre	7,9% (n = 12)	3,2% (n = 4)	0,121
Error citas	2% (n = 3)	5,6% (n = 7)	0,194
Horario laboral	4% (n = 6)	7,9% (n = 10)	0,199
Desconocimiento del sistema	5,3% (n = 8)	3,2% (n = 4)	n.s.
Alta hospitalaria	2,6% (n = 4)	5,6% (n = 7)	n.s.

distribución porcentual de frecuencias. Posteriormente, se realizó un análisis bivalente buscando la relación de las diferentes variables con los distintos motivos por los que se acudió sin cita utilizando la prueba exacta de Fisher con dos colas y la prueba de Chi-cuadrado. Para estos análisis algunas de las variables fueron agrupadas con objeto de disminuir el número de categorías y mejorar la potencia de las pruebas estadísticas. Se definió un nivel de significación estadística del 5%, presentando los intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Todos los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS v.8.0 para Windows.

## RESULTADOS

Se estudiaron 277 pacientes, siendo el 56,3% mujeres. La edad media fue de 50,5 años y la mediana de 51. El 86,23% eran españoles, siendo el grupo de ecuatorianos el más importante entre los inmigrantes (6,16%; IC 95%: 3,8-9,5). Respecto al nivel de estudios, no tenían o eran primarios en el 60,15% (IC 95%: 54,2-65,9), y en relación

con la situación laboral, el grupo más numeroso era el de activos con un 44,4% (tabla 1).

El día de la semana con mayor número de PSC fue el lunes (26%). La mayoría acudieron en horario de mañana (54,5%). Fueron atendidos por su médico (74,7%) requiriendo tratamiento farmacológico el 56,3%. Se derivaron al hospital el 3,2% de los casos (tabla 2).

El motivo más frecuente para acudir sin solicitar cita fue la urgencia médica (42,2%; IC 95%: 36,5-48,1), seguido de la solicitud de recetas de forma espontánea o tras alta hospitalaria (11,91%; IC 95%: 8,5-16,1) (tabla 3).

En las tablas 4 y 5 se recogen las relaciones entre las variables y los motivos para acudir sin cita. Así, se encontró que entre los españoles el porcentaje que acudía sin cita por no tener médico asignado o por desconocimiento del sistema de citación era menor que entre los no españoles (0,8% frente al 7,7% y el 2,1% frente al 17,9%, respectivamente). Por otra parte, un menor nivel de estudios se relacionaba significativamente con acudir sin cita por error (6,1% frente al 0%) e inversamente con incompatibilidad con el horario laboral (2,5% frente al 11,1%). El porcen-

Nivel de estudios			Ocupación laboral			Sexo		
Sin estudios-Primarios (n = 163)	Secundarios-Universitarios (n = 108)	p-valor	Activo (n = 123)	No activo (n = 154)	p-valor	Varón (n = 110)	Mujer (n = 142)	p-valor
38% (n = 62)	47,2% (n = 51)	0,166	45,5% (n = 56)	39,6% (n = 61)	n.s.	37,3% (n = 41)	47,9% (n = 68)	0,097
13,54% (n = 22)	6,5% (n = 7)	0,074	4,1% (n = 5)	15,6% (n = 24)	0,003	8,2% (n = 9)	12,7% (n = 18)	n.s.
6,1% (n = 10)	10,2% (n = 11)	n.s.	8,9% (n = 11)	6,5% (n = 10)	n.s.	3,6% (n = 4)	11,3% (n = 16)	0,033
9,8% (n = 16)	5,6% (n = 6)	n.s.	6,5% (n = 8)	9,1% (n = 14)	n.s.	9,1% (n = 10)	6,3% (n = 9)	n.s.
0,6% (n = 1)	3,7% (n = 4)	0,084	2,4% (n = 3)	1,3% (n = 2)	n.s.	1,8% (n = 2)	0,7% (n = 1)	n.s.
4,9% (n = 8)	7,4% (n = 8)	n.s.	7,3% (n = 9)	4,5% (n = 7)	n.s.	5,5% (n = 6)	5,6% (n = 8)	n.s.
6,1% (n = 10)	0	0,007	0	6,5% (n = 10)	0,003	3,6% (n = 4)	2,1% (n = 3)	n.s.
2,5% (n = 4)	11,1% (n = 12)	0,006	12,2% (n = 15)	0,6% (n = 1)	< 0,0001	10% (n = 11)	2,8% (n = 4)	0,029
3,1% (n = 5)	4,6% (n = 5)	n.s.	6,5% (n = 8)	2,6% (n = 4)	0,141	2,7% (n = 3)	4,2% (n = 6)	n.s.
6,1% (n = 10)	0,9% (n = 1)	0,054	3,3% (n = 4)	4,5% (n = 7)	n.s.	5,5% (n = 6)	3,5% (n = 5)	n.s.

Resolución			Atendido por			Requiere tratamiento		
Hospital (n = 9)	Alta (n = 268)	p-valor	Su médico (n = 207)	Otro profesional (n = 70)	p-valor	Sí (n = 156)	No (n = 121)	p-valor
100% (n = 9)	40,3% (n = 108)	< 0,0001	32,9% (n = 68)	70% (n = 49)	< 0,0001	56,4% (n = 88)	24% (n = 29)	< 0,0001
0	10,8% (n = 29)	n.s.	13,5% (n = 28)	1,4% (n = 1)	0,003	3,2% (n = 5)	19,8% (n = 24)	< 0,0001
0	7,8% (n = 21)	n.s.	9,2% (n = 19)	2,9% (n = 2)	0,116	9% (n = 14)	5,8% (n = 7)	n.s.
0	8,2% (n = 22)	n.s.	10,1% (n = 21)	1,4% (n = 1)	0,019	3,2% (n = 5)	14% (n = 17)	0,001
0	1,9% (n = 5)	n.s.	1% (n = 2)	4,3% (n = 3)	0,104	2,6% (n = 4)	0,8% (n = 1)	n.s.
0	6% (n = 16)	n.s.	7,7% (n = 16)	0	0,015	5,8% (n = 9)	5,8% (n = 7)	n.s.
0	3,7% (n = 10)	n.s.	4,8% (n = 10)	0	0,07	1,3% (n = 2)	6,6% (n = 8)	0,023
0	6% (n = 16)	n.s.	4,3% (n = 9)	10% (n = 7)	0,133	7,7% (n = 12)	3,3% (n = 4)	0,193
0	4,5% (n = 12)	n.s.	3,9% (n = 8)	5,7% (n = 4)	n.s.	3,8% (n = 6)	5% (n = 6)	n.s.
0	4,1% (n = 11)	n.s.	5,3% (n = 11)	0	0,071	1,9% (n = 3)	6,6% (n = 8)	0,063

taje de PSC que acudían acompañando a otra persona o por error en la cita era mayor entre los no activos laboralmente (15,6% frente al 4,1% y el 6,5% frente al 0%, respectivamente), mientras que en los activos era significativamente mayor el porcentaje de pacientes que acudían por incompatibilidad con el horario laboral (12,2% frente al 0,6%). Entre los que acuden en horario de mañana es significativamente mayor el motivo de ocupación de la línea telefónica (11,9% frente al 2,4%) y significativamente menor los que acuden acompañando a otro paciente (5,3% frente al 16,7%).

Entre los varones el porcentaje de individuos que acuden por ocupación de la línea telefónica es significativamente menor que entre las mujeres (3,6% frente al 11,3%); sin embargo, es mayor el porcentaje de aquellos que acuden sin cita por incompatibilidad con el horario laboral (10% frente al 2,8%).

También se encontró asociación estadísticamente significativa en relación con el profesional que atiende al paciente, de tal forma que entre los atendidos por su médico era mayor el porcentaje de pacientes que acudían como acompañantes, a recoger recetas o por no haber citas libres (13,5% frente al 1,4%, el 10,1% frente al 1,4% y el 7,7% frente al 0%, respectivamente). En cambio, era menor el porcentaje de los que acudían por urgencias (32,9% frente al 70%).

En relación con la asistencia prestada, entre aquellos pacientes que requirieron tratamiento farmacológico fue mayor el porcentaje de los que acudieron por urgencias (56,4% frente al 24%), siendo menor el de aquellos que decían acompañar a alguien (3,2% frente al 19,8%), existir un error en la cita (1,3% frente al 6,6%) o acudir sólo para recoger recetas (3,2% frente al 14%).

Siguiendo la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2), el principal síntoma que motivó la consulta fue la tos (15), seguido de signos/síntomas de la garganta, faringe y amígdalas (14), estornudos/congestión nasal y mareo/vértigo con 10 cada uno. Agrupando por aparatos, los principales motivos de consulta fueron los relacionados con el aparato respiratorio, seguido del aparato locomotor y problemas generales e inespecíficos (tabla 6).

## DISCUSIÓN

Una aportación del estudio es la óptica desde la que aborda el problema de los PSC, centrándose en las causas que motivan que acudan sin cita, en lugar de en el perfil de los pacientes, permitiendo detectar oportunidades de mejora.

Se han clasificado las propuestas de mejora en dos grupos. Por un lado, un grupo de medidas de organización del sistema para mejorar la gestión de los PSC, reduciendo el impacto en el trabajo diario; y por otro lado, las propuestas cuyo objetivo es lograr una reducción del número de PSC (tabla 7).

Entre las medidas encaminadas a mejorar la gestión de estos pacientes:

1) *Establecer huecos de tiempo en las agendas para asumir a los PSC.* Debemos organizar las agendas contemplando la existencia de los PSC. La sensación de urgencia fue el motivo más frecuente, este hecho se repite en otros estudios<sup>8-11</sup>, y este motivo va a existir siempre.

2) *Organizar las agendas en función de los flujos de demanda*<sup>8</sup>. Como en otros estudios<sup>9,12</sup>, el lunes acuden más PSC. Sería razonable organizar las agendas ajustándolas a este hecho, incrementando la oferta de horas de consulta a demanda<sup>11</sup>, programando las consultas concertadas otros días, evitando reuniones esos días, etc.

Las medidas para reducir el número de PSC son:

1) *Desburocratizar las consultas.* Organizando circuitos de recetas con la Administración<sup>11,13</sup> se evitaría un 8% de los PSC. Otros estudios también apuntan en esta línea<sup>1,7</sup>.

2) *Coordinación con Atención Especializada.* Un 4% de los PSC acuden a por recetas tras alta hospitalaria. Establecer acuerdos con el hospital para que entregue la primera receta o medicación suficiente para unos días reduciría este problema, logrando también una mayor comodidad para el paciente y aumentando su satisfacción con el servicio hospitalario.

3) *Organización del trabajo de la unidad administrativa en función de los picos de actividad y mantener las agendas de los profesionales abiertas el máximo tiempo posible.* El motivo de encontrarse el teléfono ocupado se relaciona de forma estadísticamente significativa con el horario de mañana y

**Tabla 6. Problema de salud que motivó el acudir a consulta**

Motivos de consulta	N	(%)	IC 95%
Aparato respiratorio	53	28,2	22,10-34,94
Aparato locomotor	29	15,43	10,78-21,12
Problemas generales e inespecíficos	22	11,7	7,61-16,90
Aparato digestivo	18	9,57	5,95-14,43
Aparato circulatorio	14	7,44	4,30-11,89
Piel y faneras	12	6,4	3,5-10,6
Aparato urinario	11	5,85	3,11-9,94
Ojo y anejos	7	3,72	1,64-7,22
Sistema nervioso	6	3,2	1,30-6,51
Problemas psicológicos	6	3,2	1,30-6,51
Aparato genital femenino y mamas	4	2,12	0,67-5,05
Aparato auditivo	3	1,6	0,4-4,28
Planificación familiar, embarazo	2	1,06	0,17-3,46
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	1	0,53	0,03-2,59
Total	188		

**Tabla 7. Propuestas para el abordaje de los motivos que obligan a los pacientes a acudir sin cita previa**

Reducir el impacto que tienen los pacientes sin cita en el trabajo diario	Reducir el número de pacientes que acuden sin cita previa
Agendas con huecos libres Agendas organizadas teniendo en cuenta los picos de demanda	Desburocratizar las consultas (circuitos de recetas crónicas...)  Coordinación con el Hospital (primeras recetas...) Organización del trabajo de la Unidad Administrativa en función de los picos de actividad Mantener abiertas más tiempo las agendas Informar del funcionamiento del sistema a la población inmigrante Reducir los acompañantes

con ser atendido por su propio médico. Este colapso del sistema de citación puede tener diversas causas: escasa plantilla de administrativos, organización del trabajo que no contempla los picos de actividad (incremento de las llamadas en las primeras horas), o cerrar la agenda demasiado pronto (obligando a todos los pacientes a llamar a la misma hora). Medidas orientadas en este sentido pueden reducir el volumen de PSC en un 8%.

4) *Informar del funcionamiento del sistema de cita previa a la población inmigrante.* La nacionalidad extranjera se relaciona con desconocimiento del sistema de cita previa y con no tener médico asignado. Este colectivo no conoce el funcionamiento de nuestro sistema sanitario y acuden al centro cuando lo precisan, siendo en muchas ocasiones su primera forma de contacto. La población inmigrante está en aumento constante y debemos establecer medidas para darles a conocer el funcionamiento del sistema sanitario. La edición de folletos o carteles, envío de información a organizaciones no gubernamentales o embajadas, junto con la explicación del funcionamiento de la cita previa a los pacientes inmigrantes por los profesionales pueden reducir en un 6% los PSC en nuestro medio.

5) *Reducir el número de acompañantes en consulta*<sup>1</sup>. Un 11% de los PSC viene acompañando a otra persona. En este sentido podemos hacer un doble abordaje, por un lado evitar que los acompañantes entren en consulta, y por otro, preguntado al que solicita cita si desea citar a alguien más para ese día.

Observamos que los motivos de consulta más frecuentes y las características sociodemográficas son semejantes a otros estudios<sup>7,8,12</sup>. Esto apoyaría la ausencia de sesgos que podría haber introducido el hecho de haber seleccionado consecutivamente a los pacientes, pudiendo haber influido algunos factores como la estacionalidad en los motivos.

## AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer la ayuda prestada a todos los profesionales, y en especial a los tutores de los residentes, de los

EAP de Cirajas I y II del Área 4 de Madrid, por la colaboración en la recogida de datos sin la que hubiese sido imposible este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Isanta Pomar C, Rivera Torres P, Pedraja Iglesias M, Giménez Blasco N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Revista Española de Salud Pública*. 2000;74(3):263-74.
- Haynes RM. Inequalities in health and health care service use: evidence from the General Household Survey. *Soc Sci Med*. 1991;33:361-8.
- Zuzárrregui Gironés M, Montesinos Alonso A, Sánchez Sánchez C, Tejedor Infantes C, López Jiménez JM. Opinión de los usuarios sobre accesibilidad y atención sanitaria en un área de salud. *Centro de Salud*. 1997;5:257-62.
- Magro Perteguer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *SEMERGEN*. 1998;24(9):711-8.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Ordenación de las urgencias en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1992;9(5):269-75.
- Simó Miñana J, Gálvez Candel J, Morote Sanchis MV, Palazón Ferrer G. El médico de cabecera o la búsqueda de la identidad perdida: información para internistas y otros especialistas. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:343-8.
- Vitores Picón MP, Cortés Durán PM, Fernández Girón M, et al. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. *Aten Primaria*. 2001;28(5):298-304.
- Trillo Fernández C, García Guerrero J, Oliva García JM, Martínez Diz S, Lillo Moreno C, Muñoz Hernández A. Estudio de los factores que influyen en la hiperutilización del Servicio de Urgencias en nuestro Centro de Salud. *Centro de Salud*. 1998;6(5):298-303.
- Llorente Álvarez S, Alonso Fernández M, Buznego Álvarez B. Papel de la atención primaria de salud en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria*. 1996;18(5):243-7.
- Gill JM. Nonurgent use of the Emergency Department: appropriate or not? *Annals of Emergency Medicine*. 1994;24(5):953-7.
- Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. 1.ª ed. Vitoria: Instituto @pCOM; 2001.
- Diego Domínguez F, Franch Nadal J, Álvarez Torices JC, Álvarez Guisasaola F, de Pablo Pons ML, Villamar Berceruelo J. Urgencias hospitalarias en el área sanitaria de León. Estudio de la repercusión de la atención primaria. *Aten Primaria*. 1990;7:37-43.
- Martín Araujo J. Trabajo con demanda excesiva. Formación Médica Continuada. 1998;5(9):572-88.