

Avisos a demanda en un centro de salud de Madrid: estudio de los avisos injustificados y aproximación a las motivaciones del paciente

P. Henares García^a, J.C. Verdes Montenegro^a y A.I. Alguacil Pau^b

^aMédicos de Atención Primaria. Centro de Salud Fuencarral. Área V. Madrid. ^bTécnico de Salud. Área V. Atención Primaria. Madrid.

OBJETIVOS. Estudiar las causas más frecuentes de los avisos a demanda, las características sociodemográficas de los pacientes que dan los avisos y sus motivaciones para darlos. Correlacionar estas características con la justificación o no del aviso desde el punto de vista del médico.

MÉTODOS. Estudio observacional descriptivo realizado en un centro de salud urbano de Madrid entre los meses de noviembre de 2000 y abril de 2001.

Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 157 avisos entre todos los que llegaron al centro.

Se recogieron los datos de tres maneras distintas:

- Datos de filiación recogidos por el administrativo que atiende el teléfono.
- Encuesta a rellenar por los médicos al finalizar el aviso.
- Encuesta telefónica realizada a los pacientes a los pocos días de recibir al médico.

RESULTADOS. El 71% de las personas que dieron avisos fueron mujeres; la edad media fue de $65,4 \pm 22,05$ y mediana de 71 años; los motivos de consulta más frecuentes fueron la fiebre (18%) y síntomas catarrales; en cuanto a las motivaciones alegadas por el paciente, en la mayoría de los casos refieren “síntomas subjetivos que les imposibilitan desplazarse al centro de salud” (64%).

El 44% de los avisos fueron calificados por los médicos como injustificados.

Los avisos injustificados se resolvían más por teléfono y convenciendo al paciente para que acudiera al centro que los justificados ($p = 0,018$).

CONCLUSIÓN. El 44% de los avisos estudiados fueron definidos como injustificados.

Pensamos que es un porcentaje muy elevado y sería útil implantar medidas factibles para reducirlos.

Palabras clave: aviso a demanda, aviso injustificado, motivaciones de los pacientes.

OBJECTIVES. To study the most frequent causes of the calls for home visit, the sociodemographic characteristics of the patients who give the call for home visit and their reasons for giving them. Correlate these characteristics with the justification or not of the call from the medical point of view.

METHODS. Descriptive observational study performed in an urban health care center of Madrid between the month of November 2000 and April 2001. A sample of 157, among all the calls for home visit that reached the center, was randomly selected.

The data were recorded in three different ways:

- Personal data recorded by the administrative staff who answered the phone.
- Survey to be filled out by the physician at the end of the requested visit.
- Telephone survey performed to the patients a few days after seeing the physician.

RESULTS. A total of 71% of the persons who made the calls for home visit were women; mean age was 65.4 ± 22.05 and median 71 years; the most frequent reasons for the visit were fever (18%) and cold symptoms; in regards to the reasons given by the patients, they were “subjective symptoms that made it impossible for them to come to the health care center” in most of the cases (64%).

A total of 44% of the calls for home visits were considered unjustified by the physicians.

The unjustified calls for home visits were solved more by telephone and by convincing the patient to come to the center than the justified ones ($p = 0.018$).

CONCLUSION. A total of 44% of the notices studied were defined as unjustified. We consider that this is a very high percentage and that feasible measures should be established to reduce them.

Key words: calls for home visits, unjustified calls for home visit, reasons of the patients.

Correspondencia:
P. Henares García.
C/ Lirios, 5, portal 5 - bajo B.
28925 Alcorcón. Madrid.

Recibido el 2-08-2002; aceptado para su publicación el 9-01-2003.

INTRODUCCIÓN

El aviso a demanda (AD) o visita domiciliar urgente supone una actividad muy importante dentro del trabajo diario del médico de Atención Primaria; no tanto por la

demanda, pues vemos que ésta ha aumentado poco en los últimos años, ni tampoco numéricamente hablando, pues en España, y en concreto en Madrid y en el Área V suponen aproximadamente el 2%¹ sobre los actos médicos totales anuales de los médicos de Atención Primaria. Esto llama la atención si nos comparamos con otros países, como Inglaterra, país en el que la visita a domicilio es una tradición² y las autoridades sanitarias han tenido que tomar medidas para frenar la escalada de la demanda de estos avisos, que en la última década se han duplicado. Por otra parte tenemos el caso de Suecia³, país con gran escasez de especialistas en medicina de familia, donde la visita domiciliar es algo anecdótico.

Pero la importancia de los avisos radica en la gran inversión de tiempo que suponen, así si el tiempo promedio invertido en una consulta médica a demanda en Atención Primaria se recomienda que sea de 6 a 8 minutos⁴, el tiempo invertido en un AD se puede alejar espectacularmente de este promedio.

Por tanto, aunque el volumen global de avisos no sea importante, suponen una gran distorsión para el médico, pues tiene que invertir una gran cantidad de tiempo en realizarlos y el tiempo es un bien muy apreciado por los médicos de Atención Primaria, pues son profesionales que cada vez están más sobrecargados de trabajo.

Pero a nosotros lo que más nos preocupa es, además de la gran inversión de tiempo que suponen, que hemos detectado que a una buena parte de estos médicos les incomoda enormemente realizarlos, y creemos que esto se debe a que piensan que muchos de los avisos que realizan están injustificados, desde la perspectiva de que el paciente hubiera estado en condiciones de acudir al centro de salud, sin que esto supusiera un detrimento para su estado de salud.

Hemos detectado este problema y lo hemos investigado en nuestro centro de salud (centro de salud Fuencarral), que es un centro urbano del norte de Madrid, caracterizado porque la zona básica de salud a la que sirve tiene una gran dispersión geográfica, de modo que la zona más alejada está a 16 km, y ello hace que el problema que vamos a estudiar tenga especial relevancia.

Tenemos como objetivos:

- Conocer las causas más frecuentes de los AD, estudiar las características sociodemográficas de los pacientes que dan los avisos y sus motivaciones para darlos.

- Determinar el porcentaje de avisos que son injustificados desde el punto de vista del médico y conocer qué criterios son los que con más frecuencia hacen que el médico defina el aviso como injustificado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se trata de un estudio observacional descriptivo realizado en el período comprendido entre noviembre de 2000 y abril de 2001. El total de AD recogidos en este período en nuestro centro de salud fue de 580. Se eligió una muestra

(con una precisión del 7%, un error alfa del 0,05% y para una prevalencia esperada de avisos injustificados del 50%) de 157 avisos. El método de muestreo elegido fue mediante una tabla de números aleatorios.

Los criterios de inclusión fueron: AD (es decir, aquella petición de visita a domicilio que el paciente exige que sea efectuada por el médico en el mismo día), dados por pacientes mayores de 14 años, de lunes a viernes y de 8 a 20:30 h.

Fueron excluidos aquellos AD correspondientes a pacientes que no estaban capacitados para responder una encuesta telefónica por padecer deterioro cognitivo o hipocausia (excepto en los casos en que sus familiares pudieran responder) o por carecer de teléfono. También se excluyeron los AD correspondientes a pacientes fallecidos o ingresados en un hospital en el período de recogida de datos.

Recogida de datos

Las variables a estudio se recogieron del siguiente modo:

1) Datos obtenidos por el personal administrativo del centro de salud mediante preguntas directas al paciente que da el aviso:

- Edad, sexo y domicilio del paciente (calle y piso).
- Motivo de consulta.

El día de la semana, el mes y la hora aparecen automáticamente reflejados en la hoja impresa, emitida por el ordenador del personal administrativo junto con los datos anteriormente citados.

Las horas de los avisos se reagruparon en 4 franjas horarias: 8 a 11 h; 11 a 14 h; 14 a 17 h y 17 a 20:30 h.

En cuanto a la calle en la que vive el paciente señalaremos que para facilitar la recogida de datos, la zona básica de salud a la que sirve nuestro centro fue dividida en tres sectores, en función de la distancia en kilómetros que separa cada sector del centro de salud. Por tanto las calles las hemos ido introduciendo en estos tres sectores:

- Núcleo urbano Fuencarral pueblo.
- Zonas residenciales (a 3 km del centro).
- Zonas periféricas (entre 6 y 12 km del centro).

2) Datos recogidos mediante una encuesta que debe rellenar el médico inmediatamente después de finalizar el aviso (tabla 1) y que será adjuntada por el personal administrativo a la hoja anteriormente mencionada.

En esta encuesta se recogen:

- Forma de solucionar el aviso (acudiendo al domicilio, telefónicamente o convenciendo al paciente para que acuda al centro de salud).

- Diagnóstico.

- Justificación o no del aviso desde el punto de vista del médico.

- Criterio que hace ese aviso injustificado.

Debido a que en la bibliografía no hemos encontrado la definición de esta variable, hemos llegado a su descripción mediante consenso de los médicos de Atención Primaria que participaron en el estudio, así hemos definido como AD injustificado aquel que cumple alguno de los criterios que aparecen en la tabla 1.

Tabla 1. Datos a rellenar por el médico, inmediatamente después de finalizar el aviso, mediante la siguiente encuesta

Forma de resolución del aviso
Telefónicamente
Acudió al domicilio
Acudió al centro de salud
Diagnóstico
Justificación del aviso
Sí
No
Si está injustificado, señalar el criterio que lo hace así
Pacientes de cualquier edad, con estado basal aceptable, cuyo estado de enfermedad y capacidad no les impide acercarse al centro de salud, según el médico
Por indicación del médico de urgencias (061) que le ha visto unas horas antes
Motivos burocráticos (recetas hospitalarias, partes de baja, interconsultas...)
Sintomatología residual en pacientes crónicos que deberían ser visitados de forma programada por sus correspondientes médicos
Estar solo en el momento de dar el aviso
No disponer de coche en el momento de dar el aviso
Carecer de ascensor en la vivienda
Motivos climatológicos (frío, lluvia..)

En cuanto al criterio que aparece en segundo lugar en la tabla 1 “por indicación del médico de urgencias (061), que le ha visto unas horas antes”, comentar que se refiere a que muchas veces estos facultativos (que se encargan de realizar los AD fuera del horario del centro de salud), una vez que atienden a los pacientes les aconsejan que llamen a su médico para que les revise. Así los pacientes a las pocas horas o minutos de haberse marchado este médico llaman al centro de salud para solicitar la visita de su médico, lo cual carece de sentido, pues no dan tiempo a que su proceso experimente cambio alguno.

3) Datos recogidos mediante encuesta telefónica (tabla 2) por un residente del centro de salud, realizada al paciente que dio el aviso seleccionado, para recoger las siguientes variables:

- Ascensor en el domicilio del paciente.
- Estar solo en el momento de dar el aviso.
- Disponibilidad de coche en el momento de dar el aviso.
- Ocupación del paciente.
- Nivel de estudios del paciente.
- Motivación alegada por el paciente para dar el aviso.

Previamente a pasar esta encuesta el entrevistador se presentará y explicará al paciente el motivo de su llamada y el objeto del estudio, dejando clara la confidencialidad de los datos recogidos y la voluntariedad de su participación.

Esta encuesta se realizará en un plazo máximo de 4 días tras la visita del médico para evitar el sesgo de memoria.

Si el paciente no estuviera capacitado para responder a la encuesta intentaremos que nos responda su cuidador y/o familiar.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describen a partir de la media, desviación estándar y mediana si la distribución no fuese normal.

Tabla 2. Encuesta telefónica dirigida a los pacientes*

¿Su casa tiene ascensor?
Sí / no
¿Estaba solo en el momento de dar el aviso?
Sí / no
¿Disponía de coche en el momento de dar el aviso?
Sí / no
¿En qué trabaja?
Pensionista
Parado
Sus labores
Autónomos y profesionales liberales (con o sin asalariados)
Administrativos, comerciales y similares (no funcionarios)
Funcionarios y contratados de la Administración
Técnicos profesionales trabajando por cuenta propia (médico, arquitecto, ingeniero, economista)
Fuerzas Armadas
¿Ha estudiado usted? ¿Hasta qué nivel llegó?
No sabe leer ni escribir
Sin estudios
Bachiller elemental, Graduado Escolar
Formación Profesional
Bachiller Superior, BUP
Diplomados en Escuelas Universitarias
Licenciado Universitario
¿Por qué no acudió el día que dio el aviso al centro de salud? (pregunta para recoger la variable“ motivaciones alegadas por el paciente para dar el aviso”)

*Previamente a realizarla, el entrevistador se presentará y explicará el motivo de su llamada y el objetivo del estudio, dejando clara la confidencialidad y la voluntariedad de la participación.

Las variables cualitativas se describen a partir de las tablas de frecuencia.

Se realizó un análisis bivalente utilizando el test de comparación de medias para muestras independientes o prueba “t” de Student y para la comparación de proporciones en muestras independientes se utilizó la prueba del Chi cuadrado de Pearson. En todos los casos el nivel de significación estadística será de 0,05.

Todos estos análisis se han llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS 8.0.

RESULTADOS

En nuestro período de estudio se dieron 530 avisos de los cuales se estudió una muestra de 157, de los que 7 no se incluyeron en el análisis porque no contestaron a la encuesta.

Los días de la semana que más avisos se demandaron fueron los lunes (29%) y los viernes (27%), siendo los meses de febrero (23%) y mayo (18%) los que más avisos registraron.

Las franjas horarias en las que se recogieron más avisos fueron las de 8:00 a 11:00 horas (46%) y de 11:00 a 14:00 horas (35%).

En cuanto a las características sociodemográficas de nuestra población podemos señalar que el 71% de las personas que dieron avisos fueron mujeres. La edad media fue de 65,4 ± 22,05 y mediana de 71 años. El 57% no tenía estudios y el 63% era pensionista. El 83% de estas perso-

Tabla 3. Motivos de consulta

Motivos de consulta	%
Malestar general	10
Fiebre	18
Mareo	13,3
Síntomas gastrointestinales	10,7
Síntomas catarrales o respiratorios altos	18
Disnea	8
Dolores musculoesqueléticos	10,7
Edemas, hinchazón de miembros inferiores	4
Otros	7,3

nas vivían en Fuencarral (pueblo) que es la zona más próxima al centro de salud, y la mayoría de ellos (47%) vivían entre el bajo y la primera planta. El 60% de ellos no tenía ascensor en su vivienda, y el 73% carecía de coche. El 72% de los pacientes que dieron avisos no estaban solos.

En cuanto a los motivos de consulta, los que aparecieron con más frecuencia fueron la fiebre y los síntomas catarrales y respiratorios altos (tabla 3). Los principales diagnósticos dados por los médicos aparecen en la tabla 4, siendo el diagnóstico más frecuente el de “infección respiratoria alta”.

Las motivaciones alegadas por el paciente para dar el aviso aparecen en la tabla 5, aduciendo en la mayoría de los casos “síntomas subjetivos que les imposibilitan para desplazarse al centro de salud”.

En cuanto a la forma de resolver los avisos el 87% se resolvieron acudiendo al domicilio del paciente.

Avisos injustificados

De los 150 avisos estudiados, 65 de ellos, es decir, el 44% fueron calificados como injustificados por los médicos que los realizaron.

Dentro de los criterios que constituyeron la definición de “aviso injustificado”, el que con mayor frecuencia se se-

Tabla 4. Diagnósticos

Diagnósticos	%
Infección respiratoria alta	18
Enfermedades musculoesqueléticas	11
Infecciones respiratorias bajas	7,3
Gastroenteritis	7,3
Faringoamigdalitis	6,7
Síndrome vertiginoso	6
Problemas mucocutáneos	6
Gripe	4,7
Eventos cardiovasculares	4
Lumbalgia	4
Astenia	4
Anemia	4
Mareo inespecífico	3,3
Insuficiencia cardíaca	2,7
Abdomen agudo	2,7
Infección aparato urinario	2,7
Trastornos mentales	2
Otros	4,7

Tabla 5. Motivaciones alegadas por el paciente

Motivaciones	%
Síntomas subjetivos que imposibilitan desplazarse al centro de salud	64
Motivos sociales (estar solo)	8,7
Pacientes inmovilizados, terminales	23,3
Barreras arquitectónicas	2
Otros	2

ñaló por los médicos fue el de “pacientes de cualquier edad con estado basal aceptable, cuyo estado de enfermedad y capacidad no les impide acercarse al centro de salud” (tabla 6).

Si hacemos un análisis descriptivo de los 65 avisos injustificados, observamos que la edad media de los pacientes es de $60,89 \pm 23,45$ y 69 años de mediana. El 57% de ellos no estaba solo cuando dio el aviso, el 71% no tenía coche y el 54% no tenía ascensor.

Diferencia entre avisos justificados y no justificados

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, existiendo una diferencia de edad de 8 años entre ambos grupos, de modo que el grupo que dio avisos justificados tenía una edad significativamente mayor ($p = 0,003$).

También se encontraron diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0,0001$) en la variable “vivir solo”, de modo que los pacientes que vivían acompañados daban más avisos injustificados.

Por último también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,018$) en la forma de resolver el aviso, de modo que los avisos no justificados se resolvieron más por teléfono y acudiendo al centro de salud que los justificados, que se resolvieron más acudiendo al domicilio (tabla 7).

En cuanto a las variables sexo, estudios, trabajo, sector, tener coche, tener ascensor y diagnósticos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6. Criterios que hacen el aviso injustificado

Criterios	%
Pacientes de cualquier edad con estado basal aceptable, cuyo estado de enfermedad y capacidad no les impide acercarse al centro de salud según el médico	58,7
Por indicación del médico de urgencias (061) que le ha visto unas horas antes	4,8
Motivos burocráticos (recetas, bajas...)	9,5
Sintomatología residual en pacientes crónicos que deberían ser visitados de forma programada por sus médicos	14,3
Estar solo en el momento de dar el aviso	7,9
No disponer de coche en el momento de dar el aviso	1,6
Carecer de ascensor en la vivienda	1,6
Motivos climatológicos (frío, lluvia)	1,6

Tabla 7. Forma de resolver el aviso

Tipo de aviso	Forma de solucionar el aviso		
	Teléfono	Domicilio	Centro de salud
Aviso justificado	25%	61%	27%
Aviso injustificado	75%	39%	73%
Prueba Chi cuadrado ($p=0,018$).			

DISCUSIÓN

Limitaciones del diseño utilizado

Variables

El estudio se ha realizado en los meses de invierno y parte de la primavera, por tanto asumimos que los motivos de consulta y los diagnósticos serán diferentes en otras estaciones que no vamos a estudiar.

En cuanto a la variable “sector del distrito Fuencarral en el que vive el paciente”, esta división en sectores se hizo en función de la distancia en kilómetros hasta el centro de salud, pero no tiene en cuenta la accesibilidad en medio de transporte público hasta el centro.

Esta variable se estudió con la intención de comprobar si los pacientes que vivían más lejos daban más avisos, resultando que los que vivían en “Fuencarral pueblo”, es decir, los más cercanos al centro de salud, solicitaban más avisos. Esto puede deberse a que éste es el sector más poblado de los tres estudiados, y en el que vive la población de edad más avanzada.

En cuanto a la variable “piso”, también se estudió con la intención de comprobar si los pacientes que vivían en pisos más altos solicitaban más avisos, resultando que casi la mitad de los pacientes vivían entre el bajo y el primer piso, lo cual puede deberse a las características urbanísticas de “Fuencarral pueblo”, donde hay gran cantidad de viviendas unifamiliares.

Respecto a la variable “aviso injustificado” cuya definición figura en la tabla 1, es preciso matizar que al no encontrar esta definición en la literatura, hemos llegado a la misma mediante consenso de los médicos que participaron en este estudio. Por tanto, es una definición subjetiva que puede ser discutible, pudiendo ser éste un punto débil del estudio.

Muestra

Tomando como referencia para obtener el tamaño muestral el número de AD en nuestro centro de salud, en vez de tomar todo el Área V, se ha perdido generabilidad en el estudio pero se ha ganado factibilidad en su realización.

Para calcular el tamaño muestral se tuvo en cuenta el número de AD que se dieron en el mismo período en el año anterior.

A la mitad del período de estudio hicimos un recuento de los avisos que se habían dado hasta ese momento, comprobándose que de forma espontánea, es decir, sin que se hubiera realizado ninguna intervención de ningún tipo, el

número de avisos prácticamente era la mitad que el año previo, y por tanto en nuestra muestra teníamos la mitad de los que deberíamos tener. Por tanto, a partir de ese momento dejamos de utilizar la tabla de números aleatorios e incluimos todos los avisos que se dieron hasta abril (ganando representatividad en este período), con lo que conseguimos 157 avisos.

Se investigaron las posibles causas que podían haber ocasionado la disminución del número de avisos: no existieron variaciones en la plantilla de médicos, no se hizo ninguna intervención ni en la comunidad ni a nivel individual de educación para la salud, no se modificó el sistema de gestión de los AD en el centro de salud, etc., todas ellas causas que podían explicar este descenso. La única explicación plausible que podemos encontrar es que se produjera el efecto Hawthorne o sesgo del que “se siente observado”, es decir, al ser concurrente la encuesta telefónica y la recogida de datos, la propia encuesta podría haber ocasionado un efecto disuasorio sobre los pacientes, que explicaría el descenso de AD.

Recogida de datos

Para llevar a cabo este estudio ha sido fundamental la participación tanto de los médicos como de los pacientes, y para fomentarla se ha intentado que la encuesta destinada a los médicos tuviera el menor número posible de preguntas. Esta encuesta iba grapada a la hoja del aviso, donde aparecen los datos de filiación del paciente y el motivo de consulta, que es la que lleva consigo el médico siempre que acude a un domicilio.

Asimismo también se han hecho varias reuniones informativas en el centro de salud para concienciar a los médicos de la importancia de su participación, explicarles cómo deben responder las preguntas de la encuesta, llegar a un consenso en la definición de la variable “aviso injustificado” y dar opiniones respecto al diseño del estudio, que por supuesto se han tenido en cuenta.

En cuanto a los pacientes se ha realizado una encuesta telefónica porque es rápida y cómoda de responder. Como muchos de nuestros pacientes son personas mayores se decidió que no debía pasar más de 4 días entre la visita domiciliar y la llamada telefónica por parte del residente para evitar el “sesgo de memoria”.

A pesar de estas medidas nos hemos encontrado con dos situaciones respecto a los avisos seleccionados:

- El médico no ha colaborado y no ha rellenado la encuesta: el residente que recoge los datos se ha puesto personalmente en contacto con él y le ha pedido que la rellene.

- Después de tres llamadas no hemos localizado al paciente o habiéndole localizado no quiere o no puede responder: en este caso se ha sustituido ese aviso por otro con un número consecutivamente mayor (ejemplo: si ha fallado el aviso número 2, hemos cogido el número 3).

Comparación con la literatura científica

Estudiando el material bibliográfico encontrado nos damos cuenta de que el volumen de avisos es muy distinto

dependiendo del país que estudiemos, como ya se ha comentado en la introducción. Así, mientras que en España suponen un 2% de los actos médicos totales¹, en Inglaterra² ha sido tal el crecimiento de los AD desde los años noventa, que el gobierno tuvo que poner en marcha medidas para reducirlos. Esto contrasta con el caso de Suecia³, país en el que los AD son algo anecdótico.

Si comparamos los motivos de consulta en nuestro estudio los más frecuentes han sido los síntomas catarrales y respiratorios altos y el malestar general, lo cual coincide totalmente con otros estudios realizados en Dinamarca y Suecia³.

En cuanto a la opinión de los médicos sobre la justificación o no de los avisos realizados, sólo hemos encontrado un trabajo en el que los médicos daban su opinión de una forma totalmente subjetiva, pues a diferencia de nuestro estudio no se establecía previamente una definición de aviso injustificado. En este estudio que fue realizado en Londres⁵ los médicos opinaron que sólo el 55,2% de los avisos que realizaron estaban justificados, lo cual también coincide de forma aproximada con nuestros resultados en los que observamos que el 66% de los avisos son calificados como justificados.

En cuanto a las motivaciones de los pacientes no encontramos ningún trabajo en el que se estudien directamente, pero en dos de ellos^{6,7} realizados en Inglaterra, un pequeño porcentaje de pacientes reconoce demandar el aviso por carecer de coche.

Si nos fijamos en la edad de los pacientes que dan los avisos en nuestro estudio también coincide con otros realizados en Inglaterra^{8,9} y Estados Unidos¹⁰, siendo la mayoría personas mayores de 65 años.

Lo que llama la atención al leer todos estos trabajos, independientemente del país de procedencia, es que a los médicos les incomoda enormemente realizar avisos a demanda¹⁰⁻¹². Las razones que alegan son por una parte la falta de tiempo^{10,13}, puesto que tienen que invertir mucho tiempo en cada aviso y con el trabajo de su consulta ya están saturados, pero fundamentalmente refieren motivos económicos^{10,12,14,15}, pues opinan que los incentivos que reciben por realizar los avisos son muy escasos y que tendrían una mejor predisposición si los honorarios fueran más justos¹⁰. En Estados Unidos y muchos países de Europa a los médicos se les paga cada aviso que realizan, y en el caso de Dinamarca el dinero con que está remunerado cada aviso depende de los kilómetros que dista el domicilio del paciente del centro de salud, e incluso el tiempo invertido.

En España la situación es bastante menos afortunada y a los médicos de familia no se les paga absolutamente nada por los avisos que realizan.

Por tanto, aunque en nuestro estudio no hemos incluido directamente la pregunta de si a nuestros médicos les incomoda realizar AD, sospechamos que la respuesta va a ser mayoritariamente que sí.

Proyectos de mejora

Basándonos en los resultados de nuestro estudio podemos proponer algunas medidas:

– Hemos detectado que los avisos injustificados son resueltos en su mayor parte por el médico telefónicamente, bien mediante consejo o bien convenciendo al paciente para que acuda al centro de salud, por tanto sería interesante que toda llamada que llegara al centro de salud solicitando un aviso fuera atendida detenidamente por el médico. Este sistema se lleva a cabo en los servicios de urgencias de Atención Primaria de Dinamarca¹⁶, y con él se han reducido todos los avisos a la mitad

– Por otra parte, cuando preguntamos a los pacientes las motivaciones que tienen para dar el aviso la mayoría contesta que su estado no les permite desplazarse al centro de salud, mientras que cuando preguntamos a los médicos porqué creen que el aviso que han realizado es injustificado, la mayoría contesta que porque el paciente tenía un estado que no le impedía acercarse al centro de salud. Por tanto observamos una clara discrepancia entre la opinión del médico y la del enfermo.

Ante esto pensamos que sería de utilidad que cada médico que realizara un aviso injustificado por este motivo explicara al enfermo que su estado no le impide desplazarse al centro de salud, que la fiebre no es impedimento para salir a la calle y que el frío o la humedad no son causas eficientes de enfermedad (como pensaba la medicina clásica)¹⁷ y que no van a contribuir a agravar su cuadro.

CONCLUSIÓN

El 44% de los avisos analizados en nuestro estudio fueron definidos como injustificados. Los pacientes que dan avisos injustificados son más jóvenes y no viven solos. Los avisos injustificados se resuelven en mayor medida que los justificados por teléfono y convenciendo al paciente para que acuda al centro de salud.

Pensamos que es un porcentaje muy elevado de avisos injustificados y se están malgastando recursos en realizar actos médicos innecesarios, por tanto creemos que las medidas propuestas anteriormente pueden contribuir a reducir el número de avisos, pero sobre todo los injustificados.

Sería interesante implantar estas medidas y posteriormente realizar estudios para comprobar si han tenido éxito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memorias del Insalud (1994-1996). Madrid: Insalud, 1995-1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memorias de la Comunidad de Madrid (1996-1999). Madrid: Insalud, 1997-2000. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memoria del Área V (1996-1998). Madrid: Insalud, 1997-1999.
2. Beecham L. Home visits will fall with new G.P. scheme. *BMJ* 1993; 307:1375.
3. Marklund B, Bengtsson C. Medical advice by telephone at Swedish health centres: who calls and what are the problems? *Fam Pract* 1989; 6:42-6.
4. Insalud. Secretaría General. Actividad clínica médica. En: Organización del Equipo de Atención Primaria. Madrid, 1990.
5. Shipman C, Dale J. Responding to out-of-hours demand: The expert and nature of urgent need. *Fam Pract* 1999; 16:23-7.
6. Jones K, Gilbert P, Little J, Wilkinson T. Nurse triage for house call request in a Tyneside general practice: patient's views and effect on doctor workload. *Br J Gen Pract* 1998; 48:1303-6.

7. Salisbury C. Postal survey of patient's satisfaction with a general practice out of hours cooperative. *BMJ* 1997; 314:594-8.
8. Lattimer V, George S, Thompson F, Thomas E, Mulee M, Turnbull J, et al. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out of hours primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 1998; 317:1054-9.
9. Salisbury C, Trivella M, Bluster S. Demand for and supply of out of hours care from general practitioners in England and Scotland. Observational study based on routinely collected data. *BMJ* 2000; 320:618-21.
10. Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, Olson L, Schneiderman M, McCaffrey DJ, et al. A National Survey of the Home Visiting Practice and Attitudes of Family Physicians and Internists. *Arch Intern Med* 1992; 152:2025-32.
11. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficacia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2000; 25:214-9.
12. Weaver F, Hughes S, Giobbie-Hurder A, Ulasevich A, Kubal J, Fuller J, et al. The involvement of physicians in VA Home Care: Results from a National Survey. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:677-81.
13. Espinosa Almendro JM, Benítez del Rosario MA, Pascual López L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria (Documento semFYC nº15). Barcelona: semFYC, 2000.
14. Jhorday P. Night visiting in general practice. *BMJ* 1993; 306:1068.
15. Meyer GS, Gibbons RV. House calls to the elderly. A vanishing practice among physicians. *N Engl J Med* 1997; 337:1815-20.
16. Olesen F, Jølleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994; 309:1624-6.
17. Sánchez González MA. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Madrid; Masson, 1998.