



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Gestión de la demanda en atención primaria

Demand management in primary care

La sostenibilidad del estado de bienestar, y en concreto las prestaciones sanitarias, están en entredicho. Políticos, gestores, profesionales y usuarios coinciden en el diagnóstico pero sus posturas difieren en las soluciones. La amplitud de la cartera de servicios, las aportaciones del usuario, la percepción del coste de la sanidad y la responsabilidad del médico en la gestión de los recursos son asuntos que aparecen en el los debates de los medios de comunicación, en las reuniones de los profesionales y en las propuestas de los políticos.

Dentro de esta vorágine de opiniones el médico aparece en el punto de mira de los gestores y de los usuarios como una parte importante de la solución al problema. En concreto al médico de atención primaria se le pide que gestione de manera racional la utilización de los recursos a su alcance: farmacia, incapacidad temporal, pruebas complementarias y derivaciones. Sin embargo, pocos le piden que gestionen adecuadamente algunos recursos fundamentales como el tiempo y la relación con los pacientes.

Los españoles son los ciudadanos europeos que más van al médico (8,1 veces frente a las 5,8 veces de la media de la Unión Europea). La utilización de los servicios sanitarios, y en concreto los de atención primaria, se ha convertido en un problema que requiere un abordaje integral para solucionarlo. Existen motivos suficientes para intentar reducir la utilización: es uno de los problemas más sentidos por los profesionales, redundando en una mayor satisfacción del paciente, produce una mejoría en la calidad de la atención, se optimiza la organización, se aumenta el tiempo con el paciente, se refuerza la calidad de las entrevistas y se cuida la salud mental del profesional. Pero al mismo tiempo hay que plantearse algunas preguntas: ¿es posible reducir la utilización?, ¿es deseable?, ¿hay recetas mágicas?, si es posible ¿cuánto y cuándo?, ¿hay que hacer esfuerzos?, ¿merece la pena? Las respuestas a estas cuestiones deben darlas cada profesional y cada centro y de ellas dependerá trabajar para gestionar de manera adecuada la demanda.

En la demanda para utilizar los diferentes servicios sanitarios intervienen 3 factores fundamentales: el paciente, el profesional y la organización. Aunque están interrelacionados

se ha demostrado útil el análisis por separado de cada uno de ellos. De manera general los factores relacionados con el usuario explican el 50% de la variabilidad de la utilización y la otra mitad se explicaría por los factores del profesional y de la organización. Entre los factores relacionados con el usuario tenemos los siguientes: mayor número de problemas de salud, morbilidad crónica, peor salud percibida, patología mental, peor valoración funcional de la salud, satisfacción con el proveedor, percepción de accesibilidad física, percepción de barreras y una serie de factores predisponentes (edad, sexo, etnia, amas de casa y pensionistas, desempleo, nivel educativo, nivel socioeconómico, tamaño familiar, disfunción familiar, déficit de apoyo social, problemas de salud mental, ganancias secundarias, cultura sanitaria). Los factores relacionados con el profesional más representativos son: la demanda inducida, características personales (edad, sexo, experiencia y formación), insatisfacción, estrés y *burnout* y los diferentes estilos de práctica clínica. Y finalmente, entre los factores relacionados con la organización destacamos: disponibilidad accesibilidad de los servicios, continuidad del proveedor, trabajo individual-equipo, medicalización, programas preventivos y de captación, normas administrativas, tamaño y estructura del cupo, burocracia, agendas y sistemas de citas, gestión del tiempo, sistemas de registro, organización con la enfermera.

Existen una serie de estrategias que se han demostrado útiles (en mayor o menor medida) en la disminución (racionalización) de la utilización de los servicios sanitarios de atención primaria. Siguiendo el esquema utilizado anteriormente diferenciamos las estrategias dirigidas a cada uno de los factores analizados. Las principales estrategias dirigidas al usuario son: educación sanitaria sobre problemas menores de salud, fomento y educación sobre autocontrol de enfermedades crónicas, reconducir las expectativas de salud elevadas, apoyo familiar, actuaciones sobre las barreras y plantear medidas para disminuir la excesiva accesibilidad. Las estrategias relacionadas con el profesional (junto con las organizativas) son las más coste efectivas y destacamos las siguientes: mejora en aspectos formativos (sobre todo en diagnóstico psicosocial y habilidades de

comunicación), espacio y tiempo para ofrecer algunas visitas programadas, medidas contra la insatisfacción profesional, corrección de estilos de práctica clínica, adecuada formación en las diferentes competencias profesionales, control de calidad (evaluación de la competencia clínica, cumplimiento de protocolos, uso adecuado de los registros, derivaciones, pruebas complementarias, calidad de la entrevista, *feed-back* de la información) y manejo de los hiperutilizadores y del paciente problema. Y por último, mencionamos las estrategias relacionadas con la organización: 1) otros niveles de gestión (redefinir el tamaño y estructura de los cupos, copago, favorecer la continuidad y estabilidad laboral, mejora de las relaciones con el segundo nivel, incentivos y sanciones, sistema de citas más eficiente, *feed-back* de la información y optimización burocrática); 2) estrategias que dependen en mayor grado del profesional de atención primaria (optimización de la organización burocrática, atención protocolizada y por programas, trabajo en equipo, trabajo multiprofesional, mejora de las relaciones con el segundo nivel, utilización del teléfono y otros recursos telemáticos).

En forma de resumen presentamos un decálogo que se ha demostrado útil en el control de la demanda:

1. Hacer un diagnóstico de la situación: cuantitativo y cualitativo y teniendo en cuenta los diferentes factores implicados (usuario, profesional y organización).
2. Optimización organizativa: eliminar de las consultas las visitas administrativas previsibles, organización de las prescripciones repetidas, dar recetas e impresos hasta el próximo control, habilidades de comunicación.
3. Modificar la agenda: aumentar el tiempo de consulta hasta un tiempo razonable, utilizar colchones de demora y ajustar el número de citas a los picos de demanda, cuando disminuya la presión aumentar el tiempo por paciente manteniendo el total de consulta.
4. Adecuar los programas: congelar la captación activa y minimizar las actividades preventivas, hacer protocolos más eficientes y menos médico dependientes, conseguir mayor implicación de enfermería en el control de crónicos e incapacitados.
5. Consulta telefónica: realizar algunos seguimientos, comunicación de algunos resultados, no abrir la consulta a demanda por teléfono, modular los avisos telefónicos, entrenamiento de habilidades de comunicación telefónica.
6. Manejo del hiperutilizador y del paciente difícil.
7. *Feed-back* sobre cantidad y calidad de derivaciones, pruebas complementarias y prescripciones, derivaciones

de calidad, mejorar la calidad de la prescripción, reducir las pruebas complementarias poco pertinentes.

8. Formación en abordaje psicosocial.
9. Enfermería resolutoria: mejorar la comunicación médico-enfermera, priorizar la actividad asistencial, reorientación de las diferentes actividades asistenciales, nuevas tareas resolutorias.
10. Reevaluar y reajustar las intervenciones.

El trabajo de Luque-Mellado JF et al¹ que aparece en este número de SEMERGEN es un claro ejemplo de actuación sobre la gestión de la demanda en un centro de atención primaria, siguiendo los pasos de un ciclo de mejora de la calidad: detección y análisis del problema, propuestas de mejora, puesta en marcha de las actuaciones decididas y evaluación de los resultados. Además se implican todos los profesionales: equipo directivo, médicos, enfermeros y personal administrativo lo que aumenta las posibilidades de éxito de este tipo de iniciativas. Por otra parte el *feed-back* de la información es continuo lo que se traduce en un aumento de la satisfacción de todos los profesionales del equipo de atención primaria.

En resumen, se puede plantear la gestión de la demanda en atención primaria desde 2 perspectivas: la propia consulta o, lo que es mejor, el centro en su conjunto. Ambas estrategias se han demostrado útiles y eficientes, consiguiéndose diferentes grados de reducción de la utilización y un importante incremento en la satisfacción de los profesionales y de los usuarios. Desde aquí animamos a todos los profesionales de atención primaria a que pongan en marcha alguna de las medidas de las aquí enunciadas con el objetivo de mejorar la atención a sus pacientes y tratando de preservar una adecuada salud mental.

Bibliografía

1. Luque-Mellado FJ, Gil-Ribes M, Berenguer-Gascón R, Martos-Molines FJ, Oriach-Alonso S, Quesada-Couceiro X, et al. Mejora de gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. SEMERGEN. 2010;36:243-52.

J. Mancera Romero

Centro de Salud Ciudad Jardín, Málaga, España,
Vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos de
Atención Primaria en Andalucía (SEMERGEN-Andalucía)
Correo electrónico: jmancerar@papps.org