

Medicina de familia y listas de espera

V. Grenzner

Juan LM, de nacionalidad XXX, tiene 25 años de edad y hace uno que está en España, es electricista de profesión y trabaja contratado para una empresa de suministros eléctricos en la periferia de Barcelona. Presenta una úlcera genital, indurada y bien delimitada que se acompaña de adenopatía inguinal bilateral indolora. Pide hora para ser visitado por su médico de cabecera, que no dispone de espacio libre en su agenda hasta dentro de una semana, comenta al recepcionista que se encuentra mal y que desea ser visitado lo más pronto posible. El administrativo le ofrece ser visitado por el médico de urgencias. El médico de urgencias valora el caso y lo deriva a urgencias del hospital de referencia. En el servicio de urgencias lo atienden al cabo de 7 horas de espera limitándose a derivarlo al urólogo de cupo, el cual lo visita al cabo de 5 días. A su vez el urólogo de cupo escribe un informe y lo deriva a su médico de familia que puede atenderlo 4 días después. A su llegada el paciente manifiesta una fuerte tensión y descontento con el sistema sanitario, ya que hace 2 semanas que padece un problema de salud evidente que no se resuelve a pesar de haber pasado por múltiples profesionales sanitarios, concretamente 3. Su médico de familia valora el caso como una sífilis primaria, pide las pruebas diagnósticas correspondientes e indica el tratamiento. La duración total de la visita ha sido de 6 min, más 2 min con la enfermera que le administra el tratamien-

to. A los 8 días el médico de familia recibe el resultado de las pruebas, que confirman el diagnóstico, y habla telefónicamente con el paciente, que le manifiesta la curación de la úlcera.

El problema de las listas de espera en atención primaria de salud

Este periplo que ha tenido que seguir un paciente real no es inhabitual en nuestro sistema sanitario. Curiosamente, no es fruto de la desidia, sino de unas opciones organizativas determinadas que pueden retrasar el diagnóstico y en algunos casos empeorar el pronóstico de los pacientes, así como duplicar y triplicar el número de visitas. En cualquier caso, crean insatisfacción y pérdida de confianza en la capacidad del sistema sanitario.

Es habitual en nuestro entorno encontrarlos ante la saturación de las agendas de los médicos de familia (MF), secundaria al desequilibrio entre la oferta de visitas y su demanda, que coexiste con la exigencia por parte de los profesionales de un tiempo adecuado por visita¹ y con la creciente demanda de los ciudadanos de una mayor accesibilidad y continuidad asistencial², siendo ambas reivindicaciones perfectamente razonables y contempladas dentro de los paradigmas de la atención primaria de salud³.

El problema exige, para ser resuelto, un balance entre oferta y demanda de visitas que no siempre se consigue.

En nuestro entorno, los sistemas para dar respuesta a lo expuesto con anterioridad suelen encajar en dos subsistemas relativamente simples y que en general coexisten: el modelo tradicional consistente en atender la demanda urgente y dejar para más adelante la demanda no urgente, o el modelo planificado que consiste en prever la demanda espontánea/urgente, reservando tiempo o recursos para ésta. Analicemos brevemente ambos modelos.

LECTURA RÁPIDA

Es habitual en nuestro entorno encontramos ante la saturación de las agendas de los médicos de familia (MF), secundaria al desequilibrio entre la oferta de visitas y su demanda.

El problema exige, para ser resuelto, un balance entre oferta y demanda de visitas que no siempre se consigue.

En nuestro entorno, los sistemas para dar respuesta a lo expuesto con anterioridad suelen encajar en dos subsistemas relativamente simples y que en general coexisten: el modelo tradicional consistente en atender la demanda urgente y dejar para más adelante la demanda no urgente, o el modelo planificado.

Director del Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Nord. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Correspondencia: V. Grenzner
 DAP Baix Llobregat Nord
 Rbla. Marquesa de Castellbell, 98-100
 08980 St. Feliu de Llobregat.

Correo electrónico: 9750vvgf@com.es

Manuscrito recibido el 15 de septiembre de 2003.

Manuscrito aceptado para su publicación el 2 de febrero de 2004.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
En cualquier caso, el modelo tradicional aumenta la demanda (duplicación de visitas al MF por indicación del servicio al que se ha derivado o por interés del propio MF) y reduce la oferta.

▼
El segundo modelo consiste en reservar espacio en las agendas para atender espontáneas/urgencias, y/o dedicar un médico para que atienda las urgencias del equipo.

▼
Tanto en un caso como en otro, el paciente no urgente espera, y lo que es más grave, no siempre es el menos enfermo sino el más sufrido.

▼
El problema de las listas de espera lo tiene el sistema sanitario y no debe ser atribuido a la desidia de los profesionales;

▼
Hacia la reducción de las listas de espera: el modelo de alta accesibilidad (MAAc)

El modelo de accesibilidad alta invierte los términos en el sentido de evitar el exceso de demanda en el futuro mediante la asunción de la actividad que se presenta hoy.

El primer modelo consiste en establecer que lo urgente se visita al día y el resto se demora dependiendo de la disponibilidad de tiempo. En general, el paciente no programado expone su problema en recepción y una enfermera o el médico deciden si se atiende o se deriva. Si se atiende al paciente en la consulta de su MF, se fuerza la visita sobre una previamente programada y el profesional suele interesarse únicamente por el problema que motiva la consulta del paciente. Si se deriva a un servicio de urgencias, el paciente suele volver con una indicación de visitar de nuevo al MF. Finalmente, se puede tratar de convencer al paciente para que acuda a la visita con posterioridad. En cualquier caso, el modelo tradicional aumenta la demanda (duplicación de visitas al MF por indicación del servicio al que se ha derivado o por interés del propio MF) y reduce la oferta (tiempo dedicado a decidir el nivel de urgencia, desprogramación o reprogramación de visitas, reducción del tiempo de las visitas programadas, etc.).

El segundo modelo consiste en reservar espacio en las agendas para atender espontáneas/urgencias, y/o dedicar un médico para que atienda las urgencias del equipo. Este modelo tiene varias consecuencias: se suelen reservar mal los espacios de agenda dedicados a urgencias: o sobran o faltan. Si el paciente es visitado por el médico que hace urgencias, suele producirse una visita poco resolutive que acaba yendo a parar a su propio MF, se pone en cuestión la continuidad de la asistencia y se genera más lista de espera. Nos encontramos de nuevo frente a una reducción de la oferta y un incremento de la demanda. Tanto en un caso como en otro, el paciente no urgente espera, y lo que es más grave, no siempre es el menos enfermo sino el más sufrido, cosa que puede acarrear graves consecuencias para su salud.

También es preciso recordar que:

– El problema de las listas de espera lo tiene el sistema sanitario y no debe ser atribuido a la desidia de los profesionales: habitualmente, nadie quiere tener lista de espera y todo el mundo intenta resolverlo.
– Existe una fuerte sensibilidad por parte de los ciudadanos en relación con las listas de espera, con la accesibilidad y con la continuidad asistencial. Esto es un reto y una oportunidad.

– A menudo se cree que resolver el problema de las listas de espera en atención primaria es simple, pero no es así. Requiere un planteamiento ordenado y sistemático, algo dilatado en el tiempo y en algunos casos de difícil resolución.

Hacia la reducción de las listas de espera: el modelo de alta accesibilidad (MAAc)

Frente a las soluciones descritas en el apartado anterior, existe una opción que tiende a la eliminación de la lista de espera: consiste en ofrecer al paciente una visita con su médico para el mismo día que la pide⁴.

El sistema no actúa en función de si la visita es urgente o no, sino en función de si el profesional visita o no aquel día, y si se retrasa el día de visita es por decisión del ciudadano y no es un efecto de posponer la demanda, cosa que es el origen de la cola o lista de espera.

Se trata, por tanto, de un sistema de los denominados *just in time* y se basa en la «variación de la demanda», que la teoría de colas⁵ analiza con precisión, fundamentándose en el hecho de que, en general, las diferencias entre oferta y demanda no son un problema de capacidad absoluta sino el resultado de un planteo minimalista (día a día), y en que el balance entre oferta y demanda es un proceso dinámico y no estático.

Así como los modelos descritos en el párrafo anterior protegen al profesional del exceso de demanda actual traspasándola a más tarde, el modelo de accesibilidad alta invierte los términos en el sentido de evitar el exceso de demanda en el futuro mediante la asunción de la actividad que se presenta hoy.

El modelo aumenta la oferta al eliminar prácticamente la función de selección previa, al disminuir los no presentados (la visita se produce de inmediato) y al gestionar eficazmente los espacios en agendas posteriores, y disminuye la demanda al no producirse el efecto de duplicación de visitas (visitas inducidas, etc.).

Las condiciones para el éxito del MAAc son (tabla 1):

– Lista de pacientes no abultada y con una proporción adecuada de personas mayores. En una palabra, este sistema funciona si el

TABLA 1
Condiciones para la implantación de los modelos de alta accesibilidad

Lista de pacientes no abultada y con una proporción adecuada de personas mayores
Cuidadosa evaluación de la oferta y de la demanda de visitas
Absorber los excedentes de lista de espera
Planificar las situaciones previsibles de demanda elevada
Establecer modalidades alternativas de respuesta a la demanda
Revisar los intervalos establecidos para visitas de control de los enfermos crónicos

balance entre la demanda y la capacidad productiva del profesional están equilibradas.

– Cuidadosa evaluación de la demanda y de la oferta de visitas, así como de las características demográficas de la población a atender, a fin de poder recolocar las visitas de seguimiento de forma que favorezca el equilibrio entre oferta y demanda (tabla 2).

– Absorber los excedentes de lista de espera previamente a la puesta en marcha del modelo.

– Planificar las situaciones previsibles de demanda elevada: lunes, epidemia de gripe, tras puentes largos, etc.; las variaciones en la oferta: períodos de vacaciones, bajas, congresos y jornadas, etc.

– Establecer modalidades alternativas de respuesta a la demanda: acceso telefónico al MF, redistribución de las visitas de los profesionales ausentes y aumento del papel de las enfermeras en la atención a la demanda.

– Revisar los intervalos establecidos para visitas de control de los enfermos crónicos, ya que existen evidencias de que se establecieron sin tener en cuenta su efectividad real en los resultados clínicos⁶, y no olvidar, por su gran eficiencia, la educación para la salud y las estrategias de auto cuidado y autocontrol de la enfermedad.

Resultados positivos y consideraciones sobre la implementación de estrategias de alta accesibilidad

Los profesionales de los equipos de atención primaria (EAP) responden inicialmente con escepticismo a las propuestas de implantación del MAAC. El argumento más utilizado es el de que «si todos los que llaman vienen hoy, a las 3 de la ma-

TABLA 2
Evaluación previa y control de los modelos de alta accesibilidad

Demanda Número de llamadas para cita previa, añadir las espontáneas y las visitas de seguimiento que se han programado
Capacidad Número de citas por día en la agenda de cada profesional sanitario multiplicado por el número de profesionales sanitarios. La capacidad se puede subdividir por colectivos profesionales: médicos, enfermeras, pediatras, odontólogos
La lista del médico («cupos») Número de pacientes asignados a cada profesional, teniendo en cuenta el porcentaje de personas mayores de 65 años y si es posible de enfermos crónicos
Con una lista no sobresaturada de pacientes mayores y de enfermos crónicos ¹ la proporción de llamadas pidiendo cita previa por día es de 0,7-0,8% de la lista ⁷
La tercera visita disponible de cita previa Este estadístico se utiliza para medir el número de días que un paciente ha de esperar para obtener una visita
Se utiliza la tercera visita porque se considera que el primero y el segundo espacios disponibles pueden ser generados por pacientes que cancelan visitas y no son por tanto una buena medida de accesibilidad
Capacidad futura Número total de espacios disponibles en la agenda dividido por el número total de espacios en las próximas 4 semanas
Los porcentajes varían en función del número de visitas de seguimiento y en función de la proporción de personas mayores en la lista del médico
Continuidad Porcentaje del total de visitas realizadas por el médico a sus propios pacientes

drugada aún estaremos visitando». Sin embargo, la implantación del modelo no ha tenido esta consecuencia; por ejemplo, la Kaiser Permanente, que fue pionera en la implantación, tuvo una disminución de la demanda de visitas del 10% anual a partir de la puesta en marcha. En general, se considera que cuando los modelos de accesibilidad avanzada tienen éxito, se pasa de menos del 10% de los espacios de agenda libres al comienzo de la jornada a más del 50%⁷.

Recientemente se ha publicado un artículo en el que se analiza la aplicación del modelo a diversos tipos de consultas de atención primaria⁸. Como resultado de dicho estudio parece ser que pueden extraerse algunas condiciones para la implantación con éxito de los MAAC: son las comenta-

LECTURA RÁPIDA

Este sistema funciona si el balance entre la demanda y la capacidad productiva del profesional están equilibradas.

Resultados positivos y consideraciones sobre la implementación de estrategias de alta accesibilidad

Los profesionales de los equipos de atención primaria (EAP) responden inicialmente con escepticismo a las propuestas de implantación del MAAC.

En general, se considera que cuando los modelos de accesibilidad avanzada tienen éxito, se pasa de menos del 10% de los espacios de agenda libres al comienzo de la jornada a más del 50%.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



Hacer algo es mejor que no hacer nada, y aunque un EAP no disfrute de las condiciones adecuadas para plantearse un MAAC, es posible planificar más sistemáticamente los períodos vacacionales y posvacacionales, los días de la semana de máxima actividad y las ayudas que pueden derivarse de otros miembros del equipo.



Otras consideraciones sobre los modelos de alta accesibilidad

¿El modelo de alta accesibilidad funciona para algunos pacientes mientras que otros quedan relegados?



Las sociedades de medicina de familia, la propia administración sanitaria y las fundaciones de primaria deben implicarse decididamente en la investigación sobre la materia.



En cualquier caso, no debería caerse en la tentación de dar por hecho que las listas de espera en medicina de familia son inevitables.

das en el párrafo anterior y resumidas en la tabla 2, a la que se añade consensuar el MAAC con todos los miembros del EAP. Hacer algo es mejor que no hacer nada, y aunque un EAP no disfrute de las condiciones adecuadas para plantearse un MAAC, es posible planificar más sistemáticamente los períodos vacacionales y posvacacionales, los días de la semana de máxima actividad y las ayudas que pueden derivarse de otros miembros del equipo. Todo ello redundará en una mejora de la oferta y en consecuencia, de la accesibilidad.

Otras consideraciones sobre los modelos de alta accesibilidad

No existen estudios sistemáticos controlados sobre resultados de los modelos de alta accesibilidad, a pesar de que existe abundante bibliografía anecdótica acerca de éstos⁹ y cuyas conclusiones hacen pensar que dichos modelos mejoran la continuidad asistencial y la accesibilidad. A pesar de ello, es preciso que se hagan estudios con diseños adecuados que permitan confirmar los hallazgos citados con anterioridad.

Hay algunas preguntas a las que se tendrá que responder: ¿existe algún perfil de pacientes a los que no debe aplicarse dicho modelo? ¿El modelo de alta accesibilidad funciona para algunos pacientes mientras que otros quedan relegados? ¿El modelo mejora los resultados clínicos, por ejemplo, previene exacerbaciones en las enfermedades crónicas y facilita la rápida recuperación en las enfermedades agudas? ¿Los profesionales trabajan más o menos con el modelo y, sobre todo, el impacto en el estrés del profesional lo hace sostenible? ¿Será un modelo con continuidad en el tiempo o se trata de una moda pasajera que no debiera preocuparnos en exceso?

Las sociedades de medicina de familia, la propia administración sanitaria y las fundaciones de primaria deben implicarse decididamente en la investigación sobre la materia, puesto que es legítima la aspiración de los ciudadanos de tener garantizados el acceso al MF y la continuidad asistencial a través de él. También es legítima la aspiración de los profesionales a trabajar con el tiempo suficiente para hacer bien su tarea asistencial, y no sólo legítima, sino una exigencia de calidad asistencial. Todo

ello requiere sentido común y una aproximación basada en la mayor objetividad posible y disponible^{10,11}.

En cualquier caso, no debería caerse en la tentación de dar por hecho que las listas de espera en medicina de familia son inevitables. No lo son. Tal y como se comenta en este artículo, parece posible conseguir un balance entre la oferta de visitas y su demanda. Este balance se consigue con esfuerzo e importantes adaptaciones adecuadas a cada equipo. El resultado parece ser mayor satisfacción de los pacientes, menor estrés de los profesionales y niveles altos de calidad y continuidad asistencial. En todos los casos, los EAP deben discutir ampliamente el problema y ponerse de acuerdo en las medidas para resolverlo. Es humano dejar para mañana lo que nos parece que no podemos hacer hoy. Sin embargo, existe otro paradigma: «No dejes para mañana lo que puedas hacer hoy».

Conclusiones

Desde hace un tiempo, nuestro sistema de atención primaria de salud se enfrenta al problema de las listas de espera para acceder al MF. Las soluciones que suelen aplicarse son el modelo tradicional: haz hoy lo urgente y aplaza lo no urgente, y el modelo planificado: predice la demanda espontánea/urgente y reserva tiempo para ello. Ambas soluciones suelen convivir frente a agendas saturadas y arrancan de la pregunta: ¿es urgente o no la demanda? Ambos modelos empeoran la accesibilidad al disminuir la oferta y posponer la demanda.

Utilizando principios basados en la reingeniería de procesos y la teoría de colas, se plantean soluciones que denominamos de alta accesibilidad cuyo paradigma es haz hoy el trabajo de hoy. En el MAAC, la pregunta que se plantea es: ¿visita hoy el MF? El modelo requiere listas de pacientes adecuadas, análisis de la demanda y de la oferta, eliminar los excedentes, planificar las situaciones previsibles de demanda elevada, establecer modalidades alternativas de respuesta a la demanda y consensuar el modelo con todo el EAP.

En general, se considera que, cuando los modelos de accesibilidad avanzada tienen éxito, se pasa de menos del 10% de los es-

pacios de agenda libres al comienzo del día a más del 50%.

No existen estudios sistemáticos controlados sobre resultados de los modelos de alta accesibilidad, a pesar de que existe bibliografía abundante acerca de éstos cuyas conclusiones hacen pensar que mejoran la continuidad asistencial y la accesibilidad. Por ello, es preciso que se hagan estudios con diseños adecuados que permitan confirmar los hallazgos citados anteriormente.

Bibliografía

1. Brugos A, Guillén F, Mallor F, et al. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria* 2003;32:23-9.
2. Bower P, Roland M, Campbell J, et al. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003;326:258-62.
3. Starfield B. *Atenció primària*. Barcelona: Masson, 2001.
4. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003;289:1035-40.
5. Hall R. *Queueing methods for services and manufacturing*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991.
6. Schwartz L, Woloshin S, Wason J, et al. Setting the revisit in primary care. *J Gen Intern Med* 1999;14:230-5.
7. Murray M, Tantau C. Same day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag* 2000;7:45-50.
8. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care. *JAMA* 2003;289:1042-6.
9. Institute for Healthcare Improvement Web site [consultado 28/8/2003]. Disponible en: <http://www.ihl.org>
10. Fernández FM, González L, Mora G, et al. El control de las listas de espera debe comenzar en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 26:578-9.
11. Murray M. Patient care: access. *BMJ* 2000; 320:1594-6.

▶▶ LECTURA RÁPIDA



Conclusiones

En el MAAC, la pregunta que se plantea es: ¿visita hoy el MF? El modelo requiere listas de pacientes adecuadas, análisis de la demanda y de la oferta, eliminar los excedentes, planificar las situaciones previsibles de demanda elevada, establecer modalidades alternativas de respuesta a la demanda y consensuar el modelo con todo el EAP.