

ORIGINAL

Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria

F.J. Luque-Mellado*, M. Gili-Ribes, R. Berenguer-Gascón, F.J. Martos-Molines, S. Oriach-Alonso, X. Quesada-Couceiro y L. Gallego-Álvarez

Centro de Atención Primaria «Guineueta», Barcelona, España

Recibido el 7 de agosto de 2009; aceptado el 28 de enero de 2010

Disponible en Internet el 30 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud;
Cita previa;
Calidad asistencial;
Hiperfrecuentación

Resumen

Introducción: La gestión de la demanda y en particular de la demanda sin cita constituye un reto que preocupa a gestores y profesionales. Aunque los motivos han sido ampliamente estudiados, la solución al problema no es sencilla.

Dado que la excesiva demanda percibida era el principal motivo de insatisfacción de los profesionales de nuestro equipo, planificamos e implantamos un cambio organizativo con intervenciones sobre profesionales, organización y estructura con el objetivo de mejorar la gestión global de la demanda (en especial la generada sin citación previa), disminuir la hiperfrecuentación e incrementar además la calidad de la atención a todos los pacientes del equipo de Atención Primaria.

Material y métodos: Detección de los procesos a mejorar.

Planificación multidisciplinar.

Creación de dos sistemas independientes de atención a la visita programada y a la visita sin cita.

Eliminación de los aspectos burocráticos de las consultas.

Elaboración de pautas y unificación de criterios de actuación sobre las visitas con y sin cita.

Potenciación del rol de los profesionales de enfermería y administrativos en la atención a la población, tanto en la visita programada como en la visita sin cita.

Cambios de ubicación para mejorar la colaboración médico-enfermera.

Análisis estadístico y evaluación de resultados.

Resultados: Se ha conseguido una disminución significativa del número de visitas totales con o sin cita previa del centro así como las de los pacientes hiperfrecuentadores (ambas con $p < 0,001$). Los roles de los profesionales no facultativos se han reforzado. Las encuestas de satisfacción de usuarios y profesionales con el nuevo sistema son positivas.

Conclusión: Una estrategia multidisciplinar, trabajada y consensuada por todo el equipo, consigue incidir de manera positiva sobre la demanda y mejorar la calidad asistencial.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: flluque@gencat.cat (F.J. Luque-Mellado).

KEYWORDS

Primary Health Care;
Appointment;
Care quality;
High use patients

Improvement in the management of demand in a primary care team**Abstract**

Introduction: Demand management and particularly demand with no previous appointment is a challenge that concerns managers and professionals. Although the reasons have been extensively studied, the solution is not simple.

Since perception of excessive demand was the main reason of dissatisfaction of our professional team, we planned and implemented an organizational change with interventions on professional organization and structure to improve overall management of demand and particularly that generated with no previous appointment, to reduce excessive use and also increase the quality of the care to all the patients of the Primary Care Team (PCT).

Material and methods: Detection of the processes to improve. Some of the most important interventions are summarized: multidisciplinary planning; creation of two separate care systems for the scheduled visit and the visit without an appointment; elimination of the bureaucratic aspects of the consultations; development of standards and standardization of performance criteria on visits with and without appointment; enhancing the role of nurses and administrative attention to the population in both the scheduled visit and in the spontaneous visit; changes of location to enhance the doctor-nurse collaboration.

A statistical analysis and evaluation of results were performed.

Results: A significant reduction was achieved in the total number of visits to the center of those with or without an appointment and in those patients with a high number of visits (both $p < 0.001$). The roles of nurse and administrative were strengthened. The satisfaction surveys of the users and professionals regarding the new system have been positive.

Conclusion: A multidisciplinary strategy, developed and agreed on by the whole team, has a positive influence on demand and improves quality of care.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

El mayor diagnóstico y control de las patologías, las mayores expectativas de salud de la población¹ y la exigencia por parte de la sociedad actual de una mayor accesibilidad a los servicios como una de las dimensiones de la calidad, han producido en los últimos años un importante incremento de la demanda sanitaria^{2,3} que a su vez ha supuesto una sobrecarga asistencial, que es la gran preocupación de gestores y profesionales de Atención Primaria (AP)^{4,5}.

Es mucha y variada la bibliografía que hace referencia y propuestas sobre modelos organizativos para mejorar la gestión de la demanda, y la gran mayoría de artículos revisados comentan, desde el discurso teórico, las dificultades y la necesidad de mejorar esta gestión, aunque sin reflejar experiencias concretas o aportar datos comparativos entre diferentes sistemas. No obstante, todos ellos coinciden en que una de las principales dificultades es gestionar aquella demanda imprevisible, originada por pacientes que acuden sin cita concertada.

Los motivos de este tipo de demanda «sin cita» pueden llegar a ser muy variados⁶⁻⁹: dificultad en concertar visita con su médico de cabecera por demoras, desconocimiento del sistema, etc. Sin embargo, la «inmediatez» con que la sociedad actual reclama los servicios, constituye frecuentemente el trasfondo de esta demanda.

Siguiendo esta línea, con motivo de la llegada de una nueva dirección y con el fin de conocer la situación global del equipo, se realizaron entrevistas individualizadas

durante los meses de septiembre y octubre de 2007, entre la dirección de nuestro equipo y todos los profesionales. En ellas, la queja más intensamente manifestada y repetitiva fue el malestar existente por la excesiva carga de trabajo derivada de la actividad directamente asistencial. Por otra parte, en las encuestas realizadas por el Servei Català de la Salut en el 2006 a los usuarios de AP¹⁰, nuestro equipo obtuvo una puntuación significativamente inferior a la media de Cataluña en cuanto al tiempo de dedicación que les ofrecía el médico (75,9 puntos frente a 88,8).

A raíz de este hecho y tal como se ha realizado en otros equipos^{11,13}, iniciamos un trabajo para mejorar esta situación.

La reciente creación de una comisión de calidad, integrada por profesionales de los diferentes estamentos, nos facilitó el enfoque inicial al considerar la sobrecarga asistencial, como un aspecto que afectaba negativamente, no tan solo al colectivo médico, sino a todo el equipo y a los propios usuarios y que por tanto, su abordaje debía ser multidisciplinar.

Tras crear este grupo multidisciplinar de trabajo, se implementaron cambios organizativos con la finalidad de hacer frente a la demanda de manera más eficiente y mejorar la calidad de la atención a todos los pacientes atendidos por el equipo de AP tanto desde el punto de vista de los profesionales como el de la población.

La persistencia en el equipo de AP de 7 médicos y 2 enfermeras todavía sin jerarquizar, lo que conlleva heterogeneidad de criterios y estilos de actuación, implicó

dificultades de comunicación y de gestión siempre que era necesario consensuar e implementar cambios en el equipo.

El objetivo del presente artículo es analizar los problemas existentes en torno a la gestión de la demanda, describir la experiencia realizada y finalmente, aportar resultados concretos sobre los cambios obtenidos en la demanda global (en especial la generada sin citación previa), en la demanda producida por pacientes hiperfrecuentadores y en la satisfacción de los agentes implicados.

A pesar de haber realizado actuaciones sobre la población pediátrica y la adulta, en el presente artículo tan solo trataremos las intervenciones realizadas en la atención a esta última.

Material y métodos

La experiencia se sitúa en un Área Básica de Salud urbana que presta servicio a 26.092 habitantes (23.404 mayores de 14 años). Plantilla integrada por 67 profesionales.

Las entrevistas con los profesionales duraron un mes. El proceso para mejorar la gestión de la demanda se abordó a través de 2 fases diferenciadas: una de detección y análisis de las posibles causas, que duró un mes y otra, con las intervenciones realizadas para iniciar la implementación del cambio, que duró dos meses (con reuniones intensivas, semanales, de la comisión de calidad, y comunicaciones entre medio vía mail).

Primera fase. Detección y análisis de los procesos a mejorar

Con el fin de identificar las dificultades existentes y poder actuar posteriormente sobre las múltiples causas que inciden en el proceso de «gestión de la demanda», la comisión de calidad inició el proyecto con una fase previa de «tormenta de ideas» y la elaboración de un diagrama causa-efecto (fig. 1),

Agrupamos los factores que influyen sobre la gestión de la demanda según cuatro ramas principales:

1. Factores dependientes de los profesionales
2. Factores dependientes de los usuarios
3. Factores dependientes de la organización
4. Factores dependientes de la estructura física

Otra rama con una gran incidencia en el proceso «Gestión de la Demanda» sería el «Sistema de Salud», que implica una atención universal y gratuita. Sin embargo decidimos no reflejarla en el diagrama ya que no podíamos modificarla.

Aunque todos ellos fueron considerados y motivaron actuaciones de mejora, priorizadas en base a su importancia y factibilidad, a continuación exponemos los puntos de la situación de inicio que consideramos más destacados.

Desde el punto de vista asistencial, los facultativos venían realizando un sistema que combinaba simultáneamente la atención a visitas programadas y a visitas «sin cita» previa. Se iniciaba la jornada con una agenda de 39 visitas

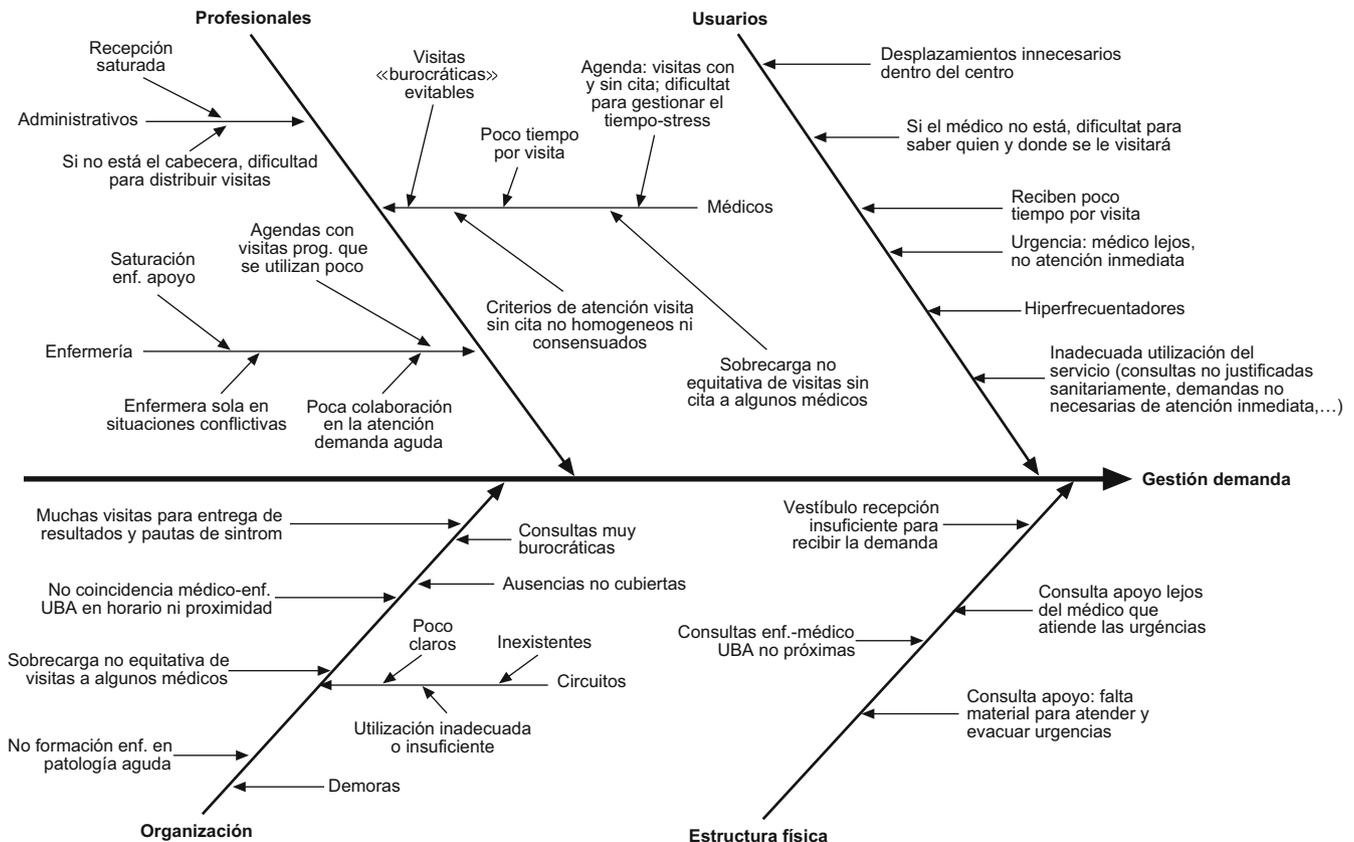


Figura 1 Diagrama de Ishikawa (causa-efecto) para identificar los factores que inciden sobre la demanda.

programadas, a la que se iban sumando todas las solicitudes de visita del día de sus propios pacientes y las de pacientes de otros facultativos ausentes, sin filtros ni límite de visitas.

La agenda finalizaba con 44–50 visitas y un tiempo medio de dedicación por visita variable pero frecuentemente inferior a 5 min).

El sistema imposibilitaba la planificación y la gestión del tiempo de dedicación a cada paciente, originando en el facultativo un importante stress al no saber nunca con cuantas visitas finalizaría la jornada laboral.

Por otra parte, enfermería tenía escasa o nula participación en la gestión de la demanda de visita sin cita previa.

En una consulta específica de enfermería («consulta de apoyo») realizaba las técnicas y procedimientos que los facultativos derivaban desde sus consultas. Aquí también asumía la recepción inicial de las «urgencias» (consideradas según criterio del administrativo que realizaba el primer contacto). Sin embargo, esta consulta de apoyo estaba alejada de los facultativos, que simultáneamente pasaban consulta, pero que de manera rotatoria eran responsables de la atención a las urgencias. El hecho de estar la enfermera sola, frecuentemente generaba preocupación y una importante angustia ante determinados procesos patológicos, hasta que se localizaba y finalmente acudía el médico responsable.

Esta consulta era también el lugar donde se realizaban la mayoría de las curas e inyectables del centro, estando desvinculado así el usuario de la enfermera que tenía asignada.

Por otra parte se trataba de una consulta no dotada para la atención a urgencias vitales ni para una evacuación efectiva de un paciente crítico.

En cuanto al personal de admisiones, manifestaba el problema de que el único punto de recepción, frecuentemente estaba saturado de usuarios, en parte, a causa de la gran demanda de visitas sin cita.

Los usuarios también sufrían las consecuencias de esta sobrecarga asistencial debido al escaso tiempo de dedicación por parte del facultativo, tanto en las visitas programadas como sin cita, y al hecho de tener que soportar mayores esperas para ser atendido.

Además, realizaban desplazamientos innecesarios dentro del centro cuando requerían atención de enfermería y del médico.

Otros de los procesos a mejorar fueron la ausencia de criterios de atención homogéneos y consensuados (dada la heterogeneidad del equipo) y la existencia de visitas «evitables» de carácter burocrático.

Segunda fase. Intervenciones realizadas e implementación del cambio

El 14 de enero del 2008 se instauró el cambio en el modelo de atención a la demanda.

Para ello realizamos una actuación global con intervenciones sobre los diferentes colectivos, sobre los circuitos existentes y sobre las diferentes vías de acceso al sistema (fig. 2). A continuación resumimos las intervenciones realizadas más destacables:

1. Reasignación de pacientes a médicos/enfermeras para equilibrar cargas asistenciales

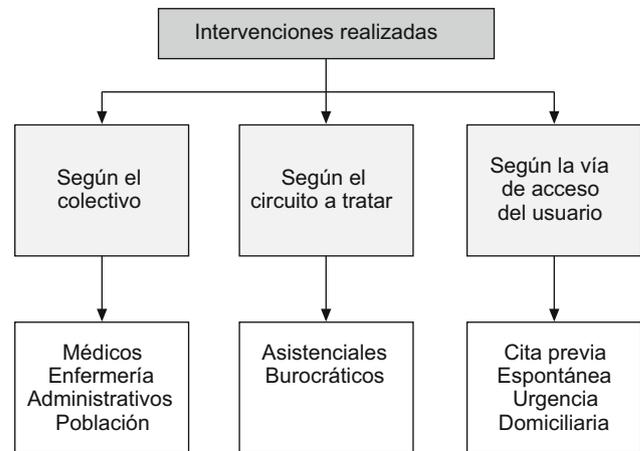


Figura 2 Intervenciones realizadas.

2. Consenso y énfasis en la eliminación de aspectos burocráticos que suponían un porcentaje considerable de las visitas con y sin cita, y que podían ser realizados a otros niveles

- Bajas laborales: realización siempre en la primera consulta realizada, ya sea con o sin cita previa, sin tener que derivar al médico asignado del paciente. En las visitas sin cita, cuando exista un justificante hospitalario o similar, no requerirá que el paciente entre a la consulta.
- Altas laborales: preparación de altas futuras, en las visitas con o sin cita, siempre que sea previsible, para que puedan ser recogidas en recepción sin necesidad de una nueva visita. Las altas a petición del paciente tampoco requerirán que este entre a la consulta sin cita.
- Partes de confirmación: siempre que sea posible se delegarán para que sean recogidos en recepción.
- Medicación crónica: énfasis en una buena gestión de este tipo de medicación. Delegación y derivación hacia la recogida de recetas en recepción siempre que sea posible (muchos pacientes generaban visitas únicamente para solicitar medicación crónica).
- Eliminación de actos asistenciales no incluidos en las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social (ortopantomografías...).

En todos los anteriores apartados, una correcta información, orientación y resolución por parte del personal administrativo resulta fundamental.

3. Creación y consenso sobre criterios y circuitos para mejorar la eficiencia en las consultas y redirigir la demanda hacia la visita programada.

Criterios

- La medicación crónica y los partes de confirmación, al ser actos previsible, no se realizarán en las visitas sin cita. Tan solo serán realizados por los facultativos, en las visitas programadas y siempre que no esté delegada su realización al personal administrativo.
- Las pruebas complementarias o derivaciones no urgentes, también se realizarán únicamente en las

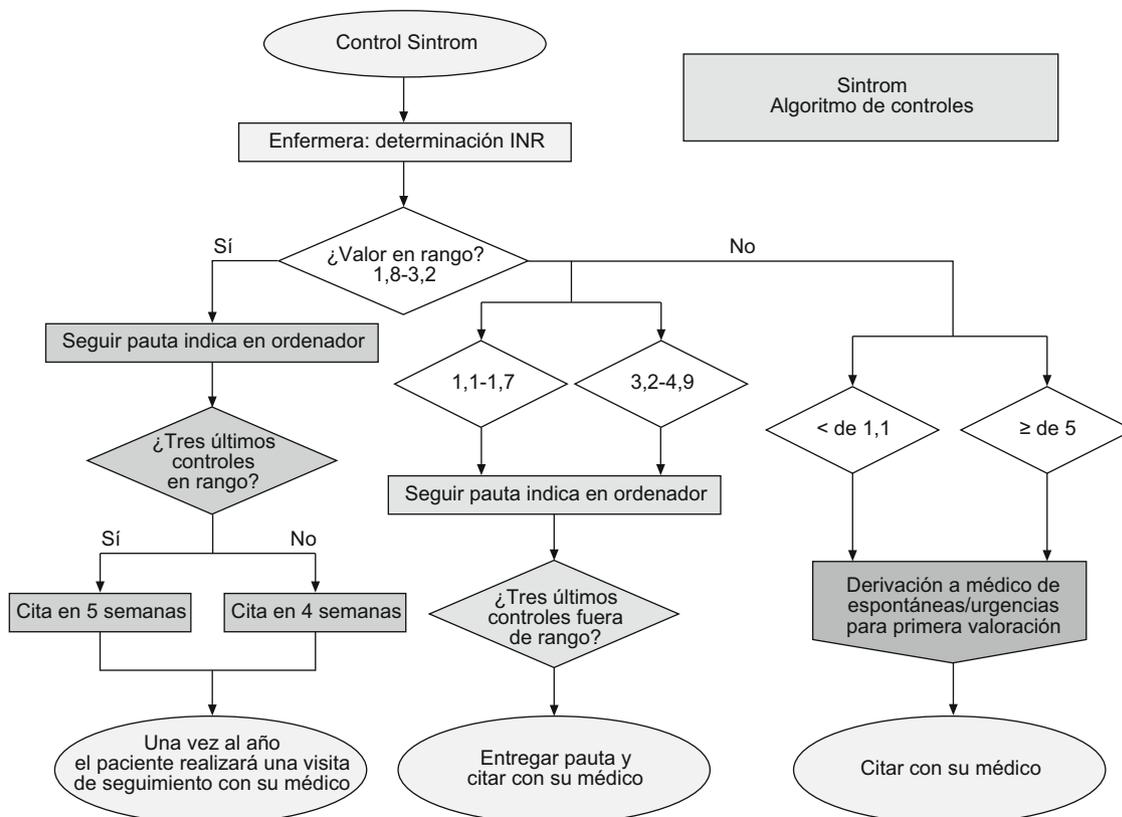


Figura 3 Diagrama de flujos para el control de los pacientes en tratamiento con Sintrom.

visitas programadas de los profesionales sanitarios correspondientes y nunca en las visitas sin citación previa.

- No se realizará ninguna primera prescripción inducida por hospital o especialista del SNS, excepto que dicho acto incida negativamente en la salud inmediata del paciente o exista dificultad extrema del mismo a realizar un nuevo desplazamiento al hospital. Aclaraciones: se explicará al paciente el motivo de dicha medida y se le proporcionará un texto informativo al respecto, respaldado por la dirección del Área y con el soporte legal. En caso de prescripciones en recetas blancas (hospitalarias o no) se indicará que son válidas para adquirirlas en la farmacia si lo desea. En cualquier caso se sugerirá al paciente que acuda al departamento de atención al cliente del servicio originario de esa prescripción inducida.
- Pautas para mejorar la eficiencia en la consulta:
 - dar medicación para tratamientos completos,
 - solicitar de manera oportunista, si procede, las pruebas complementarias protocolizadas, o revisar la medicación delegada antes de que caduque.
 - Evitar solicitar pruebas fuera de protocolo (PSA, analíticas anuales en jóvenes sin patología, radiografías innecesarias, etc.).
- Programación de actividades de enfermería, que frecuentemente se venían realizando en la consulta de apoyo (curas, inyectables, etc.), en la agenda específica de la enfermera del paciente. Potenciación de esta vía de acceso al sistema para determinados procesos de salud.

Circuitos

- Protocolización del control de anticoagulantes orales. Hasta el momento, la enfermera realizaba la técnica y era el médico, en visita programada, el que prescribía la pauta de tratamiento. Con la aplicación del protocolo el rol de los profesionales de enfermería tiene un mayor peso específico en el proceso, pudiendo realizar la visita, la educación sanitaria de estos pacientes y la resolución autónoma en un alto porcentaje de casos. Al mismo tiempo permitirá eliminar de la consulta programada del facultativo un importante número de visitas (fig. 3)
 - El administrativo puede derivar determinados procesos de salud acordados, que acuden sin cita, directamente hacia la consulta de apoyo.
 - Creación de un circuito para la comunicación telefónica al paciente de los resultados de determinadas pruebas complementarias.
 - Resolución de la contracepción postcoital.
 - Protocolización de la extracción de tapones de cerumen por parte de enfermería.
4. Separación de los circuitos de atención a la visita programada y a la visita sin cita
- Se diversifican ambas vías de acceso, tanto desde el punto de vista conceptual (atenderán a procesos distintos y el usuario tendrá una atención diferenciada) como de ubicación física. La nueva ubicación de la visita sin cita permite atender urgencias vitales y realizar evacuaciones más adecuadamente.

La atención de pacientes sin cita se limita a dos franjas horarias, de mañana y tarde, que permiten absorber la demanda y mantener la accesibilidad de nuestros usuarios. En esta atención se debe realizar la actuación mínima necesaria para resolver la demanda sanitaria que no puede esperar a ser visitada por su médico o cabecera. Se evita así realizar actuaciones que deberían canalizarse a través del médico o la enfermera del paciente (derivaciones a especialistas no urgentes, analíticas, etc.) ya que se intenta promover que el paciente acuda de manera programada siempre que sea posible.

El administrativo, como «primer filtro», siempre que es posible según el proceso/demanda del paciente y existe disponibilidad en las agendas, deriva la demanda de la visita sin cita hacia una visita programada de su médico o enfermera. También redistribuye la demanda hacia médico o enfermería según los procesos previamente consensuados.

Por otra parte, se reduce a 36 el número máximo de visitas programadas para los facultativos, lo que permite mayor tiempo de atención por visita.

5. Difusión y plan de comunicación

Mediante carteles y notas en los mostradores, se difundió a los usuarios, con dos meses de antelación, la diversificación y los criterios de ambas vías de atención (con y sin cita previa), enfatizando la conveniencia de programar las visitas siempre que sea posible, para una mayor calidad de la atención.

Al tener la convicción de que tan solo una mínima parte de las visitas sin cita son urgencias reales desde el punto de vista sanitario, se evita el uso oral o escrito en carteles y notas de la palabra «urgencias», utilizándose el término «visita sin hora» para concienciar al paciente de que no tiene hora asignada y viene fuera del circuito estándar.

Se realiza una campaña, conjuntamente con toda el Área, para que hospital y especialistas realicen las primeras recetas prescritas, evitando así un «peregrinaje» de los usuarios y un mal aprovechamiento de los recursos.

Se cuenta con el apoyo total de las Asociaciones de Vecinos.

Análisis estadístico

De manera cuantitativa, se ha procedido a comparar retrospectivamente datos del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2008 (cambio ya consolidado) frente al mismo periodo de 2007 (previo al cambio). No se contempla la actividad realizada sábados y festivos.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos crudos, diferencias porcentuales, medias y diferencia de medias entre los 2 periodos estudiados.

La comparación de datos entre los dos periodos de estudio se realizó mediante un análisis estadístico de comparación de medias para datos apareados, con los valores individuales de número de visitas, según tipo, para los 2 periodos de estudio (2007 vs. 2008), y considerado como estadísticamente significativo un nivel de significación alfa bilateral del 5%.

Indicadores analizados

- Visitas programadas en agendas de profesionales y consulta de apoyo
- Visitas sin cita efectuadas
- Usuarios hiperfrecuentadores de las visitas sin cita programada. Hemos considerado paciente hiperfrecuentador (PHF) a aquél que ha realizado 5 o más visitas sin cita durante los 8 meses de cualquiera de los 2 periodos de estudio.
- De estos PHF, se ha analizado la evolución de las visitas programadas y las visitas sin cita en función del periodo.

Por otra parte, a los 6 meses de iniciado el cambio de modelo, se han realizado encuestas a todos los profesionales del equipo y a 100 usuarios de diferentes turnos y vías de acceso, con el fin de valorar diferentes aspectos cualitativos del nuevo sistema.

Las encuestas eran puntuadas según escala de Likert, de 1-5 puntos.

Resultados

La población global atendida durante los periodos de estudio ha sido de 20.302 usuarios.

Tabla 1 Evolución del volumen de visitas médicas

	01/05/2007 al 31/12/2007		01/05/2008 al 31/12/2008		Diferencia porcentual* de 2008 vs. 2007 por tipo de visita	Variación de la proporción entre visitas 2007 vs. 2008
	n	%	n	%		
Visitas programadas	54.312	77,3	53.465	80,6	-1,56	3,3
Visitas sin cita	15.959	22,7	12.907	19,4	-19,12	
Total de visitas	70.271	100	66.372	100	-5,55	
Visitas sin cita en agenda profesionales	15.410	-	2.020	-	-86,89	

* $(n08 - n07/n07) \times 100$

Tabla 2 Evolución del número de visitas de enfermería

	01/05/2007 al 31/12/2007	01/05/2008 al 31/12/2008	Diferencia %
Visitas en la consulta de apoyo	5.951	5.410	-9,1
Visitas programadas agenda profesionales	9.351	11.784	+26,01

Tabla 3 Evolución de la frecuencia de visitas médicas para los hiperfrecuentadores de 2007

	Total visitas 2007	media visitas 2007	Total visitas 2008	media visitas 2008	Diferencia media de visitas por hiperfrecuentador	p
Visitas sin cita	3.232	6,45	982	1,96	-4,49	<0,001
Visitas programadas	2.491	4,97	2.198	4,39	-0,58	<0,004
Total visitas	5.723	11,42	3.180	6,35	-5,07	<0,001

Comparación de medias apareadas.
n=501 (pacientes hiperfrecuentadores del periodo 2007).

Tabla 4 Comportamiento en el 2007 de la frecuencia de visitas médicas para los hiperfrecuentadores de 2008

	media visitas 2007	media visitas 2008	diferencia	p
Visitas sin cita	2,70	6,50	3,80	<0,001
Visitas programadas	3,52	4,55	1,03	<0,001
Total visitas	6,22	11,05	4,83	<0,001

Comparación de medias apareadas.
n=315 (pacientes hiperfrecuentadores del periodo 2008).

Tabla 5 Comparativa de todos con todos (hiperfrecuentadores+no hiperfrecuentadores). Visitas médicas

	media visitas 2007	media visitas 2008	diferencia	p
Visitas sin cita	0,79	0,64	-0,15	<0,001
Visitas programadas	2,68	2,63	-0,04	<0,001
Total visitas	3,46	3,26	-0,19	<0,001

Comparación de medias apareadas.
n=20.302 (pacientes con al menos una visita de cualquier tipo durante ambos periodos de estudio).

Comparando la evolución del número de visitas realizadas por los facultativos en ambos periodos (tabla 1), podemos observar:

- Disminución del 5,55% del total de visitas efectuadas (3.899 visitas)
- Disminución del 19,12% de las visitas sin cita (3.052 visitas)
- Disminución del 1,56% de las visita programadas (847 visitas)
- Disminución del 86,89% de las visitas no programadas realizadas en la agenda propia de cada médico (13.390 visitas)

Por otra parte, si analizamos las visitas programadas en la consulta de apoyo de enfermería, que se han redirigido hacia la agenda propia del profesional, vemos (tabla 2):

- Disminución del 9,1% de las visitas realizadas en la consulta de apoyo de enfermería (541 visitas)
- Incremento del 26,01% de las visitas programadas en las agendas propias de los profesionales de enfermería (2.433 visitas)
Respecto al comportamiento de los hiperfrecuentadores de la visita sin cita (tablas 3 y 4), en función del modelo asistencial, podemos apreciar cómo
- El total de pacientes hiperfrecuentadores de 5 o más visitas sin cita eran 501 en el periodo de estudio del 2007 y 315 en el 2008, lo que comporta una disminución del 37%
- Los 501 pacientes hiperfrecuentadores del 2007 disminuyen significativamente el número de visitas sin cita, las programadas y las totales durante el 2008 ($p < 0,01$)
- Los 501 pacientes hiperfrecuentadores del 2007 tienen una media de visitas de 6,45. Destaca la disminución de visitas sin cita de estos pacientes a una media de 1,96 el

Tabla 6 Encuesta de satisfacción de los profesionales

Ítem	Media	DE
Valoración de la separación de visitas programadas y sin cita del médico	4,07	0,884
Repercusión del nuevo sistema sobre mi actividad en la visita médica programada	3,77	0,908
Valoración/repercusión de la calidad ofertada con el nuevo sistema	3,42	0,809
Efecto de la eliminación de aspectos burocráticos en la visita sin cita	4,00	0,748
Valoración de la unificación de criterios en la atención a visitas sin cita	3,76	0,988
Valoración de la confluencia médico/enfermera durante la visita sin cita	3,72	0,841
Valoración de la confluencia médico/enfermera en franja horaria de urgencia	3,41	0,780
Repercusión de la calidad de la visita en la visita de la consulta de apoyo de enfermería	3,48	0,688
Valoración realización de curas y técnicas preferentemente por enfermera del paciente	3,81	0,879
Valoración de la proximidad del material necesario para emergencias	3,85	0,718
Valoración de la nueva ubicación de la consulta sin cita y de apoyo de enfermería	2,97	1,204
Valoración de la presencia de personal administrativo durante todo el proceso	3,90	1,012
Valoración de la repercusión sobre la aglomeración en el vestíbulo principal	3,06	0,998
Valoración del actual proceso de programación de las visitas sin cita	3,81	1,021
Consecución de la canalización de la visita sin hora hacia el profesional adecuado	3,14	0,848
Valoración global del cambio	3,69	0,859

Tabla 7 Encuesta de satisfacción de los usuarios

Ítem	Media	DE
Valoración de la separación de visitas programadas y sin cita del médico	3,86	0,915
Repercusión en la calidad recibida en la visita médica programada	3,84	0,728
Repercusión en la calidad recibida en la visita médica sin cita	3,62	0,844
Repercusión en la calidad recibida en la consulta de apoyo de enfermería	3,77	0,851
Valoración de la nueva ubicación para atender visitas sin cita/apoyo de enfermería	3,81	0,815
Valoración de la presencia de personal administrativo durante todo el proceso	3,96	0,727
Valoración de la proximidad de médico y enfermera durante la visita sin cita	3,91	0,658

2008 ($p < 0,001$) y una disminución en el total de visitas de una media de 11,42–6,35 ($p < 0,001$)

- Los 315 pacientes hiperfrecuentadores del 2008 tenían menos visitas el 2007 ($p < 0,001$)

Además, se constata en el estudio que de los 501 pacientes hiperfrecuentadores del 2007, un 13% lo siguen siendo en 2008. Mientras que de los 315 hiperfrecuentadores del 2008, un 20,6% también lo eran en 2007.

Y cuando finalmente contabilizamos el número de visitas realizadas por todos los usuarios atendidos durante el periodo de estudio (no tan solo las de los hiperfrecuentadores), se observa que todos los tipos de visita, ya sea sin cita, programadas o totales, disminuyen significativamente del 2007–2008 (tabla 5).

Por otra parte, analizando los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a profesionales y usuarios, que se reflejan en la tablas 6 y 7, destaca lo siguiente:

Profesionales

- La media de resultados fue superior a 3 en todas las preguntas, con excepción de la nueva ubicación de la consulta de apoyo de enfermería y para pacientes sin cita, que fue de 2,97

- Destaca la puntuación de 4,07 en la valoración de la separación de la atención de la visita programada y la visita sin cita
- La valoración global del cambio es positiva con una media de 3,69.

Usuarios

- La media de las respuestas obtenidas ha sido positiva (> 3) en todas las preguntas.

Discusión

La principal aportación de nuestra experiencia es la instauración de un cambio organizativo global en el que las intervenciones abarcan a los profesionales, a la organización y a la estructura.

La principal fortaleza de nuestro estudio es la evaluación de dichas intervenciones y cómo estas han incidido en el comportamiento de los pacientes, comparando los dos modelos de atención a la demanda. La conclusión destacada es el descenso significativo de las visitas médicas sin cita previa, programadas y totales como consecuencia del cambio realizado.

Existen diferentes estudios sobre los motivos por los que los pacientes acuden a los centros sin visita programada así como sobre las propuestas de intervenciones para mejorar su atención^{7,11-13}. Las propuestas están dirigidas a mejorar la gestión de la agenda y del tiempo del profesional responsable de la atención del paciente, pero o no han producido cambios o las mejoras han sido relativas.

No hemos encontrado estudios con intervenciones similares a la nuestra para poder comparar los resultados.

Aunque en nuestra experiencia han disminuido todos los tipos de visitas médicas, el descenso más marcado se produce en las visitas sin cita previa, con un decremento de casi el 20%. El cambio global del modelo de atención explica este resultado, pero creemos que uno de los factores más determinantes es el hecho de que el paciente sin cita no sea atendido por su médico de cabecera. Como en otros estudios⁷, el ser atendido por el propio médico, generaba que los pacientes acudieran más a menudo sin cita.

La creación de criterios y circuitos consensuados entre todos los médicos y el resto del equipo también ha contribuido a redirigir esta demanda hacia la visita programada. A destacar especialmente en este punto, la mayor dificultad existente en el proceso del cambio, motivada por la inclusión en las fases de consenso y aplicación del nuevo modelo, de los profesionales sanitarios no jerarquizados, con horarios muy dispares respecto al resto de compañeros, con un estilo de actuación propio y que nunca están presentes en las sesiones de equipo.

En el sentido de los nuevos criterios y circuitos, la potenciación de los roles propios de los profesionales de enfermería y administrativos adquiere un importante protagonismo que debe tenerse en cuenta en cualquier actuación sobre la demanda que quiera realizarse: la participación e implicación de los administrativos en la gestión de las bajas, partes de confirmación y altas laborales así como en la gestión de la medicación crónica^{5,7}, ha contribuido de manera decisiva a la disminución tanto de las visitas sin cita como del total de visitas (5,55%). Y por otra parte, la aplicación del protocolo consensuado de control de anticoagulantes orales ha permitido eliminar de la consulta programada del facultativo un importante número de visitas al mismo tiempo que se potenciaba el rol de enfermería.

Así pues, la conjunción de distintas intervenciones, ha permitido disminuir el número de visitas médicas, tanto sin cita como programadas, lo que consecuentemente ha permitido un incremento del tiempo de dedicación medio por visita. Este hecho, lógicamente consideramos que se ha traducido en una atención de mayor calidad que ha repercutido directamente sobre el paciente y sobre la calidad laboral del propio facultativo.

Por otra parte llama la atención en las agendas de los profesionales, la persistencia de 2020 visitas sin cita tras realizar el cambio de modelo. Aunque no hemos analizado la causa de estas visitas, parece ser que mayoritariamente hacen referencia a pacientes que acuden como acompañantes de otros con visita programada y solicitan alguna atención, aunque no puede descartarse una cierta laxitud o tolerancia de algunos profesionales ante algunas demandas directas por parte de pacientes conocidos.

Respecto a las visitas realizadas por enfermería, observamos que las realizadas en la consulta de apoyo han disminuido en un 9,1%. Era este un objetivo también

buscado, con el fin de facilitar un trabajo en equipo entre médicos y enfermeras, en el abordaje y resolución de algunos procesos patológicos leves demandados frecuentemente en la visita sin cita.

La canalización de estas visitas (mayoritariamente inyectables y curas que antes se atendían en la consulta de apoyo) hacia la enfermera del paciente, junto a la potenciación del papel de enfermería en los múltiples procesos de salud en los que esta tiene capacidad resolutoria⁵, ha incrementado el número de visitas en las agendas de los profesionales en un 26%.

Hasta la realización del cambio, la cita previa de las agendas de enfermería estaba infratutilizada. Aunque afortunadamente está cambiando, creemos que la población está habituada a solicitar «visita para el médico» para cualquier proceso de salud, consulta, etc. sin tener en cuenta que enfermería tiene también un importante rol autónomo para el abordaje de muchos de los temas relacionados con la salud. Tradicionalmente no se pide «visita con la enfermera», todavía se acude al médico para que este tome la tensión, explique el uso de un inhalador, etc. Potenciar el rol de estos profesionales, ha sido y continúa siendo fundamental para realizar una buena gestión de la demanda.

Otro de los aspectos que nos ha parecido interesante analizar en este estudio es la conducta de los PHF al variar el modelo de atención ya que este grupo de pacientes son «vividos» como un importante problema para la mayoría de profesionales y nuestro sistema de salud no pone límites a la demanda que una determinada persona puede realizar. Afortunadamente cada vez existe mayor concienciación social al respecto y, entre las «obligaciones del paciente», se propugna el hacer un buen uso de los servicios.

No existe en la bibliografía criterios homogéneos que indiquen cuándo se conceptúa a un paciente como hiperfrecuentador. Además los estudios sobre hiperfrecuentadores se refieren al perfil del paciente y/o a los motivos de consulta¹⁴.

Al respecto, nosotros hemos querido centrarnos en el PHF de la visita no programada, que es el que más dificultades puede causar al sistema organizativo.

Siguiendo este criterio, durante los 8 meses de estudio del periodo del 2007 tenemos un total de 501 PHF con 5 o más visitas sin cita, mientras que en el segundo periodo han pasado a ser 315, una disminución del 37%, que ya de por sí consideramos muy exitosa.

Realizando el seguimiento de los 501 PHF del 2007, vemos cómo tras el cambio implementado en el 2008 han disminuido todas sus visitas de manera significativa, en especial las visitas no programadas. Consideramos que las mismas intervenciones que han influido en el global de pacientes lo han hecho en los PHF, aunque creemos que este resultado tan marcado denota además la presencia de un perfil específico de PHF: aquel que únicamente quiere ser visitado por su médico de cabecera, pero no por otros. El cambio de modelo, hace disminuir drásticamente su número de visitas y tan solo un 13% de esos pacientes siguen manteniendo su perfil de PHF en el 2008.

En cambio, cuando analizamos a los 315 PHF del 2008 observamos que han aumentado el número de sus visitas respecto al 2007, aunque la diferencia no es tan notoria como en el caso anterior.

Casi el 80% de estos, son nuevos PHF que creemos que surgen debido a que el nuevo modelo puede favorecer la aparición de unos perfiles de PHF no contemplados hasta ahora: el de aquellos pacientes que prefieren una atención más «impersonal», es decir, ser atendido por un médico que no sea el suyo, que no le conozca, quizás porque piensa que de esta manera nadie controlará sus demandas, o simplemente, el paciente que antepone la inmediatez de la atención por delante del seguimiento de sus problemas de salud.

Sea como sea, con el nuevo sistema hemos conseguido que el número total de PHF disminuya, y las visitas médicas totales del centro, contemplando a la totalidad de pacientes atendidos en ambos periodos (tanto PHF como no HF) también se reduzcan significativamente ($p < 0,001$).

Independientemente de los resultados numéricos obtenidos, los resultados positivos obtenidos al encuestar a profesionales y usuarios a los 6 meses de haber iniciado el nuevo sistema, nos satisface francamente.

No comentaremos todos los ítems, pero como datos destacados en las encuestas de satisfacción a profesionales, resaltaríamos la positividad obtenida en prácticamente todas las respuestas y en concreto la media obtenida de 4,07 sobre un máximo de 5 en la valoración de la separación de la visita programada de la visita sin cita.

La disminución en la agenda propia de cada médico, del 86,89% de las visitas sin cita, visitas totalmente «imprevisibles», unido al hecho de conocer ya al iniciar la consulta el número final de visitas a efectuar, creemos que supone para el profesional un importante descenso de stress, repercutiendo directamente sobre su calidad laboral como se desprende de los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción.

En cuanto a los resultados de la encuesta de satisfacción a los usuarios, todas las medias son positivas con valores entre 3,62–3,96. Asimismo, en reuniones posteriores de la Dirección del equipo con las Asociaciones de Vecinos, la valoración del cambio ha sido positiva.

Teniendo en cuenta que tanto la satisfacción de los profesionales como la de los usuarios son reconocidas como uno de los componentes de la calidad asistencial¹³, podemos afirmar que con el nuevo modelo hemos aumentado la calidad percibida en nuestro equipo y en la atención a nuestra población.

La posible aplicabilidad de este modelo en otros equipos debe ser individualizada en función de ciertas características como puede ser el tamaño del equipo, que puede determinar una organización diferente, si bien consideramos que la gran mayoría de aspectos son siempre aplicables.

Finalmente y como última reflexión de la experiencia plasmada, queremos resaltar la importancia que ha tenido el trabajo y el consenso multidisciplinar y en equipo, en la creación y mantenimiento de un clima laboral positivo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Francesc Orfila, técnico de salud del Servicio de Atención Primaria Muntanya de Barcelona, sin cuya ayuda no hubiera sido posible la realización del presente estudio.

Bibliografía

1. Magro Perteguer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. SEMERGEN. 1998;24:711–8.
2. Informe de la OMS. Health Care Systems in Transition. Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHOregional Office for Europa. 2000. AMS 5012667 (SPA) tagert 19.2000.
3. De Pablo González R. La necesidad de recuperar la calidad asistencial y la dignidad del profesional en la Atención Primaria de salud. SEMERGEN. 2003;29:14–6.
4. Villanueva A, Nebot C, Galan A, Gómez G. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Revista de Calidad asistencial. 2006;21:199–206.
5. Mancera J, Bellón JA, Manzanera X, Troyano C. Mesa redonda 2. el médico como gestor de su consulta. SEMERGEN. 2004;30(Supl.1):17–24.
6. Garfinkel Weiss G. Cómo tratar a los pacientes sin cita. Medical Economics. 2008;11:42–6.
7. De Dios R, Franco A, Tena G, Muedra M. ¿Por qué hay pacientes que acuden sin cita previa? SEMERGEN 2006;32:4–9.
8. 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;74:263–74.
9. De Dios del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Muedra Sánchez M, Hernández Sánchez A, et al. ¿Por qué hay pacientes que acuden sin cita previa? SEMERGEN 2006;32:4–9.
10. Generalitat de Catalunya. Encuesta de Satisfacción de los Asegurados del CatSalut 2006–2007. http://www10.gencat.net/catsalut/cat/experiencias_enquesta.htm.
11. Vitores M, Cortés PM, Fernández M, Torres L. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. Atención Primaria. 2001;28:298–304.
12. Nebot C, Baqués T, Crespo A, Valverde I. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. Atención Primaria. 2005;35:290–4.
13. Ballester A, García AL, Fontcuberta J. La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? Atención Primaria 2003;31:377–81.
14. Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Atención Primaria. 2004;33:78–85.