



ORIGINAL

La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria



S.L. de la Fuente Ballesteros*, N. García Granja, M. Hernández Carrasco, A. Hidalgo Benito, I. García Álvarez y E. García Ramón

Centro de Salud Arturo Eyries, SACYL (Sanidad Castilla y León), Valladolid, España

Recibido el 2 de marzo de 2018; aceptado el 24 de mayo de 2018
Disponible en Internet el 24 de agosto de 2018

PALABRAS CLAVE

Consulta no presencial;
Consulta telefónica;
Correo electrónico;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Existe en el momento actual una fuerte presión asistencial en las consultas de atención primaria, y esto compromete de forma importante la accesibilidad y el tiempo dedicado al paciente. Este trabajo analiza la puesta en marcha de un servicio de consulta no presencial mediante consulta telefónica y correo electrónico.

Materiales y métodos: Se revisaron retrospectivamente las consultas telefónicas y de correo electrónico realizadas durante un año. Se analizó el perfil de pacientes, tipo de consulta realizada, necesidad de visita presencial y recepción de documentación adjunta.

Resultados: Se recibieron 884 consultas no presenciales en 12 meses. La consulta no presencial supuso un 13,56% de las consultas a demanda. La edad media fue de 54 años (DE: 17). El 87,7% de las consultas fueron realizadas por los pacientes y el resto por familiares o cuidadores. El tiempo dedicado por paciente en consulta a demanda presencial fue de 10,24 min y la lista de espera menor de 48 h fue del 97% de los días del año. En 24 ocasiones (2,71%) el paciente tuvo que acudir de forma presencial.

Conclusiones: La consulta no presencial proporciona un recurso útil para la mejora de la accesibilidad y para generar más tiempo de consulta presencial. Además, ha demostrado que es capaz de resolver problemas de diversa clase y en distintos grupos de edad.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Non-contact consultation;
Telephone consultation;
Email;
Primary care

Tele-medicine consultation as a tool to improve the demand for consultation in Primary Care

Abstract

Objective: Currently, there is a strong healthcare pressure on resources in Primary Care clinics. This significantly compromises the accessibility and the time dedicated to the patient. This paper analyses the implementation of a tele-medicine service using telephone and e-mail consultations.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarafuenteb@gmail.com (S.L. de la Fuente Ballesteros).

Materials and methods: The telephone and e-mail consultations carried out during one year were reviewed retrospectively. The patient profile, the type of consultation carried out, the need for a face-to-face visit, and the receipt of attached documentation were analysed.

Results: A total of 884 distance consultations were received in a 12 month period. The distance consultation accounted for 13.56% of consultations on demand. The mean age of the patient was 54 (SD: 17) years old. The large majority (87.7%) of the consultations were made by the patients and the rest by relatives or caregivers. The time spent per patient in the face-to-face consultation was 10.24 minutes and the waiting list was less than 48 hours on 97% of the days of the year. The patient had to go in person on 24 (2.71%) occasions.

Conclusions: Distance consultation is a useful resource for improving accessibility, as well as leading to more physical consultation time. It has also demonstrated that it is capable of solving problems of different kinds and in different age groups.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las nuevas tecnologías han proporcionado nuevas herramientas de comunicación y han provocado un cambio en nuestra mentalidad, con la posibilidad de realizar, de forma virtual, acciones o trámites de nuestra vida cotidiana que hasta ahora necesitaban de nuestra presencia física, ya fuera por motivos técnicos, culturales o sociales¹.

Con la presencia de la crisis económica y la reducción del personal que apoyaba en las ausencias, en atención primaria se ha incrementado la lista de espera, ha aumentado la falta de accesibilidad a la consulta médica y se ha reducido el tiempo de atención a los pacientes. Es necesario buscar recursos que faciliten la accesibilidad a la asistencia sanitaria. Los avances de las nuevas tecnologías están emergiendo como una alternativa viable y favorecedora de la comunicación del médico con sus pacientes^{2,3}.

Ante la situación de sobrecarga asistencial y la existencia de listas de espera, la consulta no presencial puede contribuir a la accesibilidad y a reforzar la relación médico-paciente. Ofrece ventajas, ya que es un medio de comunicación rápido, fácil y con un coste mínimo. Además, las consultas no presenciales quedan registradas, lo que facilita al profesional dejar constancia de su evaluación clínica. Asimismo, capacita para la transmisión de datos clínicos y de resultados de pruebas diagnósticas, en ambas direcciones³⁻⁵.

Objetivo

El objetivo general de este trabajo es evaluar el funcionamiento de un servicio de consulta no presencial a demanda de los pacientes de nuestra consulta de atención primaria. Al mismo tiempo, analizar si el uso de estas nuevas vías de comunicación puede ser una opción válida de descarga de la demanda asistencial de presencia física en nuestros centros de salud. Del mismo modo, se ha revisado la lista de espera y cómo han sido estas consultas, qué dificultades se han encontrado, qué perfiles de pacientes son más cercanos a este modo de visita médica y qué se puede mejorar a la hora de implantar esta nueva modalidad de consulta.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio transversal y retrospectivo que describe los resultados de una intervención realizada en un cupo asistencial médico. La intervención consistía en la puesta en marcha de un servicio de consulta no presencial, a demanda del paciente, en una consulta de un medio urbano, del Centro de Salud Arturo Eyries (Valladolid), así como su comparación con el resto de consultas del centro de salud, todas ellas equiparables en número de pacientes (1.600-1.700 por cupo) y rangos de edad. Todas las consultas con un horario de 4 h de consulta presencial a demanda.

El estudio tiene por ámbito un cupo de adultos que atiende a 1.643 pacientes, de los cuales 509 (31%) son mayores de 65 años. En él se realizan unas 6.000 consultas a demanda cada año, similar al resto de cupos asistenciales.

La consulta no presencial se planteó con el objetivo de facilitar una vía de accesibilidad rápida para el acceso de los pacientes. Se informó de la disponibilidad del servicio mediante tarjetas que se entregaban a los pacientes durante sus visitas a la consulta, en las cuales figuraba el correo electrónico y el número de teléfono para acceder a la consulta no presencial. Se crearon huecos de correo electrónico y consulta telefónica en la agenda a demanda durante la jornada ordinaria que permitía citar a los pacientes que consultaban por esta nueva vía.

A través del programa MEDORA (programa informático de atención primaria de la comunidad) se obtuvieron los datos de actividad y se revisaron retrospectivamente las consultas realizadas por vía no presencial desde enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Para evaluar el funcionamiento del servicio, se seleccionaron todos los pacientes que utilizaban la consulta no presencial en este espacio de tiempo.

Se analizaron variables relativas al perfil demográfico de los pacientes, tipo de consulta realizada y patologías a las que hacían referencia, actitud y necesidad de visita presencial, tiempo de consulta por paciente a demanda y lista de espera en el cupo del estudio y en los demás cupos del centro.

Al analizar las consultas no presenciales se desglosaron en varios grupos según los tipos de demanda: consultas

por motivos clínicos, petición de resultados de analítica o pruebas complementarias, solicitud de informes médicos y resolución de trámites administrativos o burocráticos. Las consultas por motivos clínicos se subdividieron en: patología aguda, seguimiento en la evolución de enfermedades, consultas de seguimiento de patología crónica y dudas sobre medicación o sobre pruebas diagnósticas. Se agruparon en otro bloque todas las que hacían referencia a resultados de analíticas o pruebas complementarias. Los asuntos relativos a tareas administrativas, tales como activación de recetas, situaciones de incapacidad laboral, solicitud de informes, petición de citas o solicitud de interconsultas, se agruparon en otro grupo, llamado tareas administrativas.

Las consultas no presenciales fueron atendidas por el médico de familia durante el tiempo de consulta de lunes a viernes. Las consultas vía telefónica se realizaron de 11,00 a 11,30h, reservando dicho tiempo exclusivamente para esta demanda, como figuraba en la tarjeta entregada a los pacientes. El correo electrónico se recibió durante las 24h y todos los días de la semana, contestándose al final de cada jornada, siempre antes de 24h, excepto los fines de semana. Toda consulta no presencial se registró en la historia clínica electrónica. El médico responsable aseguraba la identidad del interlocutor mediante la petición de datos personales, o bien solicitando el código de verificación individual facilitado a los pacientes en las tarjetas.

Las variables se han analizado mediante estadística descriptiva y prueba de chi-cuadrado usando el paquete SPSS para Windows (v.22).

Resultados

Se analizaron 884 registros de consultas no presenciales, lo que supuso un 13,56% de la actividad asistencial a demanda (tabla 1), con una ratio de una consulta no presencial por cada 7 consultas presenciales a demanda. De todas ellas, 385 (43,6%) fueron consultas telefónicas y 499 (56,4%) correos electrónicos.

En el análisis de las listas de espera por cupos del año 2017, el porcentaje de días con demora de más de 48h

Tabla 1 Consultas a demanda, no presenciales y demora en los distintos cupos médicos del centro

Cupo médico	Total demanda	No presencial	% no presencial	% días con demora > 48 h
Cupo 1	6.311	15	0,23	18
Cupo 2	6.407	196	3,05	25
Cupo 3	7.264	48	0,66	45
Cupo 4	6.736	27	0,40	8
Cupo 5	6.758	1	0,01	8
Cupo 6	6.392	71	1,11	36
Cupo 7	6.457	31	0,48	14
Cupo 8	6.840	21	0,30	7
Cupo 9	6.920	53	0,76	22
Cupo	6.519	884	13,56	3
Estudio				
Media		18,6%		

Tabla 2 Motivos de consulta no presencial

Motivo de consulta	Frecuencia	%
Administrativa	254	28,67
Patología aguda	79	8,97
Seguimiento patología aguda	63	7,16
Seguimiento patología crónica	129	14,60
Resultados de pruebas	289	32,69
Dudas medicación	59	6,69
Resultados otras pruebas	11	1,27
Total	884	100

en el cupo del estudio fue del 3%, frente al 18% de media ($p < 0,001$) (tabla 1).

La edad media fue de 54 años (DE: 17; rango: 14-102). El 58,41% de las consultas fueron realizadas por pacientes de sexo femenino. El 6,4% fueron solicitadas por familiares o cuidadores de los pacientes y el 93,6% directamente por los pacientes. Se registraron 289 consultas (32,66%) realizadas por mayores de 65 años y 595 consultas (67,34%) fueron enviadas por menores de 65 años. Los pacientes mayores de 65 años utilizaron con más frecuencia la vía telefónica (69,20%), frente a un 30,80% que usaron el correo electrónico. La población menor de 65 años prefería la opción de correo electrónico (69,24%).

También se accedió al registro del tiempo de atención por paciente en consulta a demanda de cada cupo. El resultado fue de 10,24 min por paciente en la consulta del estudio frente a 8,16 min de media en el resto de las consultas del centro de salud ($p < 0,001$), cumpliéndose de esta manera el criterio de calidad de tiempo de atención de 10 min por paciente.

Se recibieron 271 consultas (30,73%) relacionados con preguntas de índole clínica y 289 (32,69%) referentes a resultados de pruebas e informes médicos. Sobre asuntos administrativos o burocráticos se registraron 254 (28,67%), y 59 (6,69%) acerca de dudas de medicaciones. Los pacientes mayores de 65 años consultaron más frecuentemente por cuestiones clínicas (52,9% de las consultas) que los pacientes menores de 65 años (33,1%) ($p < 0,003$). La información detallada sobre los motivos de consulta se resume en la tabla 2.

Las consultas para petición de resultados hicieron referencia mayoritariamente a resultados de analíticas y en escaso número a resultados de radiografías y ecografías. En cuanto a las consultas administrativas, la mayoría (45,27%) fueron para resolver problemas con la receta electrónica (tabla 3).

Sobre la capacidad de la consulta no presencial para dar solución a las cuestiones planteadas, se indicó al paciente que acudiese a la consulta solo en 24 ocasiones (2,71%), en su mayoría por preguntas sobre síntomas o signos que requerían exploración física y valoración médica presencial. El resto de cuestiones se resolvieron por vía telefónica o correo electrónico.

Discusión

La consulta no presencial ha sido muy aceptada por la población y representa el 13,56% de las consultas a demanda

Tabla 3 Tipos de consulta administrativa

Consultas administrativas	Frecuencia	%
Incapacidad temporal	44	17,32
Justificante de consulta	4	1,57
Problema de recetas	115	45,27
Problema de citas	46	18,11
Solicitud de análisis	18	7,08
Informes de servicios sociales	3	1,18
Solicitud volantes ambulancia	8	3,14
Solicitud volantes especialistas	11	4,33
Otros	5	1,96
Total	254	100

realizadas por los pacientes, lo que supone una por cada 7 consultas a demanda. Además, destaca que prácticamente un 33% de los pacientes del cupo han utilizado esta vía.

Existe un importante número de consultas no presenciales por motivos administrativos debido fundamentalmente a la implantación de la receta electrónica en la comunidad autónoma. Los pacientes usaron estas vías para resolver dudas y activar recetas, convirtiéndose en un método rápido y válido que ahorró visitas presenciales.

La mayoría de las consultas analizadas fueron relativas a tareas de trabajo administrativo y petición de resultados. Esto pone de manifiesto que una parte de las tareas de los médicos es de carácter burocrático y administrativo, por lo que no es necesaria la presencia física del paciente para la resolución de estos problemas. Si no disponemos de consultas ágiles para este tipo de prestación de servicios, los pacientes acuden a consulta a demanda de manera presencial, ocasionando una reducción en tiempo de consulta por paciente y un incremento de las listas de espera en atención primaria. Por tanto, el uso de esta vía puede evitar que acudan pacientes sin cita⁶.

La consulta no presencial ha resuelto problemas y ha sido adecuada para solucionar dudas de medicación, tareas administrativas y la mayor parte de los asuntos referentes a patologías médicas agudas y seguimientos crónicos, y su gestión contribuyó a reducir la necesidad de consultas presenciales⁷ y a facilitar un mayor tiempo por persona para la demanda presencial. Hay publicaciones^{8,9} que comparan las consultas telefónicas con las presenciales, poniendo de manifiesto que las primeras son más breves y monotemáticas, y en las segundas los pacientes aprovechan para consultar por más temas.

Al igual que en otros estudios^{10,11}, la consulta no presencial permite descargar la demanda, ayudar en la continuidad asistencial y aumentar así los tiempos de atención por paciente. También influye en la reducción de las listas de espera, logrando mejorar uno de los criterios de calidad asistencial sanitaria: la accesibilidad al sistema¹².

Probablemente la cantidad de usuarios que utilizarán este tipo de vía de comunicación será cada vez más elevada, dada la implantación de la telefonía móvil y su difusión en nuestro medio. Su sencillez y su utilidad proporcionan un alto grado de satisfacción, como han señalado diversas publicaciones^{3,13,14}.

Serán necesarios más estudios para conocer el impacto real, en términos económicos, de esta nueva forma de

consulta. A la capacidad de las consultas virtuales para solucionar problemas se suma, además, un importante ahorro en horas de trabajo y tiempo utilizado en desplazamientos¹⁵, así como una disminución de las ausencias laborales, sobre todo en pacientes jóvenes.

La consulta no presencial posee características propias y tiene limitaciones que debemos conocer para una correcta relación médico-paciente^{16,17}, evitando que las carencias del servicio puedan generar un conflicto ético o asistencial. No hemos registrado episodios de conflicto ético-asistencial derivados del uso de este servicio. La consulta no presencial debe ser utilizada, como cualquier otro instrumento en la relación médico-paciente, respetando la confidencialidad y teniendo en cuenta sus limitaciones¹⁷.

La implantación de las consultas no presenciales en el ámbito de la atención primaria es una solución viable y de utilidad en un contexto de elevada demanda asistencial. Permite dedicar 10 min por paciente en consulta a demanda, como aconsejan varios autores^{18,19}. Existen múltiples consultas no presenciales en las cuales es el profesional quien llama al paciente. En nuestro caso, proporcionamos una consulta no presencial a demanda del paciente, facilitando un canal abierto, ágil, resolutivo y fácilmente integrable en la agenda habitual del médico de familia¹¹. Esto permite disponer de mayor tiempo para atender con mayor calidad a los ciudadanos^{20,21}.

Como limitaciones al estudio, los autores destacan la limitación en el horario de llamada telefónica durante media hora diaria. Del mismo modo, es posible que se hayan dejado de detectar algunas consultas realizadas por vía telefónica durante las ausencias del profesional que no hayan sido anotadas en la agenda específica.

Conclusiones

El uso de la consulta no presencial permite al profesional médico descargar la demanda, aumentar el tiempo dedicado al paciente en la consulta presencial y mantener la accesibilidad, reduciendo las listas de espera en atención primaria.

Además, la consulta no presencial demostró ser resolutiva y adecuada para dar resultados de pruebas a los pacientes, resolver dudas de medicación y tareas administrativas, así como dar solución a la mayor parte de los problemas referentes a seguimiento de problemas médicos agudos y crónicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que este trabajo no presenta ningún tipo de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cobos i Baqués M, Rifà Ros A. Consulta no presencial. *AMF*. 2011;7:96-9.
2. Alfaro M, Bonis J, Bravo R, Fluiters E, Minué S. Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26:107-12.
3. Weiner JP. Doctor-patient communication in the e-health era. *Isr J Health Policy Res*. 2012;1:33.

4. Viedma-Guiard E, Agüero P, Crespo-Araico L, Estévez-Fraga C, Sánchez-Díez G, López-Sendón JL, et al. El correo electrónico en la consulta de Parkinson: ¿soluciones a un clic? *Neurología*. 2018;33:107–11.
5. Burgos Monegro E, Bocanegra Seminario L, Sánchez López MI, Alfonso Cano C, Leal Hernández M. Implementación del correo electrónico como medio de comunicación de resultados analíticos. ¿Eficaz? *Semergen*. 2014;40:353–4.
6. Del Valle RD, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Muedra Sánchez M, Hernández Sánchez A, Grueso Muñoz E. ¿Por qué hay pacientes que acuden sin cita previa? *Semergen*. 2006;32:4–9.
7. Bellón Saameño JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento (y 2): Estrategias relacionadas con el profesional y la organización. *C&P-Sesiones clínicas*. 1998.
8. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002;52:1012–20.
9. Hewitt H, Gafaranga J, McKinstry B. Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care: Qualitative analysis. *Br J Gen Pract*. 2010;60:201–12.
10. McKinstry B, Watson P, Pinnock H, Heaney D, Sheikh A. Telephone consulting in primary care: A triangulated qualitative study of patients and providers. *Br J Gen Pract*. 2009;59:e209–18.
11. Camarera Soler F, Mira Sanz E, Soriano Clemor C, Blanquer Gregori JJ, Montiel Higuero I, Ortuño López JL. El uso del teléfono en los centros de salud. *Semergen*. 2003;29:157–63.
12. Ramírez Puerta DN, Pérez PC, Belinchón MR, Zarco Rodríguez JV. La calidad vista desde atención primaria. *Semergen*. 2001;27:250–6.
13. Garvi Soler P, Villanueva Rodríguez C, Andrés Martínez E. Puesta en marcha de una consulta por correo electrónico, para dar soluciones y no para crear problemas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:311–6.
14. Peleg R, Nazarenko E. Providing cell phone numbers and e-mail addresses to patients: The patient's perspective, a cross sectional study. *Isr J Health Policy Res*. 2012;1:32.
15. Kirsh S, Carey E, Aron DC, Cardenas O, Graham G, Jain R, et al. Impact of a national specialty e-consultation implementation project on access. *Am J Manag Care*. 2015;21:648–54.
16. Gupta SG. Tips for telephone and electronic medical consultation. *Indian J Pediatr*. 2013;80:944–8.
17. Mayer Pujadas MA, Leis Machín A. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. *Aten Primaria*. 2006;37:413–7.
18. Borrell i Carrió F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Aten Primaria*. 2001;27:343–5.
19. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 57–68.
20. Arnal Selfa R, Blanco Tarrío E, Cañones Garzón P, Díez Ojeda E, Grande Andueza JM, Guerra Aguirre J. Los equipos de Atención Primaria. Propuestas de Mejora. Documento de Consenso. Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
21. Grupo de Consenso de Atención Primaria. Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia: propuestas de mejora. Serie Documentos semFYC, 2001.