

Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana

V. Pedrera Carbonell, V. Gil Guillén, D. Orozco Beltrán, I. Prieto Erades, G. Schwarz Chavarri e I. Moya García

Objetivo. Cuantificar con datos primarios los tipos, motivos e interrupciones en las consultas de medicina de familia.

Diseño. Estudio observacional, transversal y multicéntrico.

Emplazamiento. Todos los centros de salud del Área 17 de la Comunidad Valenciana.

Participantes. Muestra representativa de 2.051 pacientes pertenecientes a 20 consultas de medicina familiar en los 13 centros de salud del área, seleccionados por muestreo estratificado por centros de salud y aleatorio por clave médica.

Mediciones principales. Se recogió mediante un observador externo en la consulta toda la actividad generada durante la jornada laboral, registrando los tipos de consulta (cita previa, demanda, programada, urgente, domicilio, telefónica o por familiar) y los motivos (en función de su contenido clínico para una enfermedad aguda o crónica, actividades preventivas, burocrático administrativo, o recoger resultados de pruebas). Se registraron las interrupciones en la consulta. Se calcularon las medias y los porcentajes, así como intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados. Las mujeres ocasionan el 57,5% (IC del 95%, 55,4-59,6) de la demanda y los ancianos generan el 35,9% (IC del 95%, 33,6-38,2%). El tiempo medio asistencial fue de $5,38 \pm 4,45$ min. El 23,6% (25,4-21,8%) acude sin cita previa, el 14,7% (16,2-13,2%) acude en lugar de un familiar, el 6,6% (7,7-5,5%) solicita una visita urgente y el 0,7% (1,1-0,3%) mantiene una visita telefónica. Un 65,3% (67,4-63,2%) de las consultas son burocráticas y sólo en el 3,4% (4,2-2,6%) se realizan actividades preventivas. El 21,8% (23,6-20%) de los pacientes consultan por algún aspecto clínico y burocrático y el 35,5% (37,6-33,4%) sólo por un tema burocrático. En el 12% (13,4-10,6%) se produjeron interrupciones, fundamentalmente por llamadas telefónicas (3,9%).

Conclusión. La población mayor de 65 años genera más de un tercio de las consultas. Se detecta un elevado porcentaje de visitas sin cita previa. Se realizan pocas actividades preventivas. La actividad burocrática de las consultas es mayor que la actividad clínica (asistencial y preventiva).

Palabras clave: Motivos de consulta. Atención primaria. Demanda asistencial. Actividad asistencial. Actividad preventiva. Tiempo asistencial.

CHARACTERISTICS OF HEALTH CARE DEMAND IN FAMILY MEDICINE CLINICS IN A HEALTH AREA OF THE COMMUNITY OF VALENCIA

Objective. To measure with primary data the kinds of family doctor consultations, the reasons for them and the interruptions.

Design. Observational, transversal, and multi-centred study.

Setting. All the health centres in Area 17 of the Community of Valencia.

Participants. Representative sample of 2051 patients belonging to 20 family medicine lists at the 13 health centres in the Area, selected by sampling stratified for health centres and randomised by medical key.

Main measurements. All the activity occurring during the working day was monitored by an outside observer in the consulting room, who recorded the types of consultation (prior appointment, on-demand, scheduled, urgent, at home, by phone or through a family member) and the reasons for them (as a function of their clinical content for acute pathology, chronic pathology or preventive activities, bureaucratic-administrative reasons or to collect test results). The interruptions to the consultation were recorded. The means, percentages and 95% confidence limits were calculated.

Results. Women occasioned 57.5% (95% CI, 55.4-59.6) of demand; and the elderly, 35.9% (33.6%-38.2%). Mean attendance time was 5.38 ± 4.45 minutes. 23.6% (25.4%-21.8%) attended without prior appointment; in 14.7% (16.2%-13.2%) a family member attended; 6.6% (7.7%-5.5%) were urgent; and 0.7% (1.1%-0.3%) were telephone consultations. 65.3% (67.4%-63.2%) of consultations were bureaucratic, and preventive measures were taken only in 3.4% (4.2%-2.6%). 21.8% (23.6%-20%) of patients consulted for clinical + bureaucratic reasons; and 35.5% (37.6%-33.4%), solely for bureaucratic reasons. In 12% (13.4%-10.6%) there were interruptions, mainly for phone calls (3.9%).

Conclusion. The over-65s caused over a third of all consultations. There was a high attendance without a prior appointment. There were few preventive activities. In consultations, bureaucratic activity takes up more time than clinical activity (care and prevention).

Key words: Reasons for consultation. Primary care. Care demand. Care activity. Preventive activity. Care time.

Unidad de Investigación y Docencia del Área 17. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

Correspondencia:
Víctor Pedrera Carbonell.
Unidad de Investigación y Docencia. Dirección de Atención Primaria Área 17. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria Universidad Miguel Hernández.
Avda. Costa Blanca, 66, bw 23. 03540 Alicante. España.
Correo electrónico:
pedrera_vic@gva.es

Manuscrito recibido el 25 de agosto de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 16 de febrero de 2004.

Introducción

Del análisis bibliográfico de la demanda sanitaria se puede concluir que la poca investigación realizada se hace fundamentalmente con datos secundarios obtenidos de la consulta de documentos proporcionados por los sistemas de registro (historia clínica) o mediante encuesta telefónica, y nunca con datos primarios¹⁻³. En algunos estudios se pone de manifiesto la necesidad de contar con fuentes de información más sólidas y fiables en las que se valide mejor la información existente, siendo la obtenida con las fuentes habituales muy insuficiente. El análisis de estos estudios aporta cuatro grandes conclusiones⁴⁻⁶:

- La población acude a la consulta fundamentalmente por necesidades burocráticas y/o médicas y, dentro de este grupo, las enfermedades crónicas tienen un papel relevante.
- Las variables del médico y su estilo de práctica clínica condicionan de manera poderosa la frecuentación de sus pacientes.
- De la investigación tradicional se sabe que la mayor edad y las mujeres constituyen un denominado sesgo de población muy demandante.
- El aumento de la urgencia médica se realiza más en la población joven, y se justifica sobre todo por el hecho de no conseguir con prontitud la cita para ser visitado por su médico.

En el presente estudio se pretende cuantificar con datos primarios (recogidos al mismo tiempo que se realiza la actividad asistencial) en los centros de salud de un área de la Comunidad Valenciana los tipos, motivos e interrupciones en las consultas de los médicos de familia.

Material y método

El Área de Salud 17 de la Comunidad Valenciana coincide con los límites de las comarcas del Alto y Medio Vinalopó, situada al noroeste de la provincia de Alicante, y se compone de 17 municipios agrupados en 10 zonas básicas de salud. Todas ellas tienen un centro de salud en la población cabecera y consultorios auxiliares en las otras poblaciones. En el centro geográfico del área se encuentra la ciudad de Elda, cabecera del Área de Salud y población en la que se encuentra ubicado el hospital comarcal⁷.

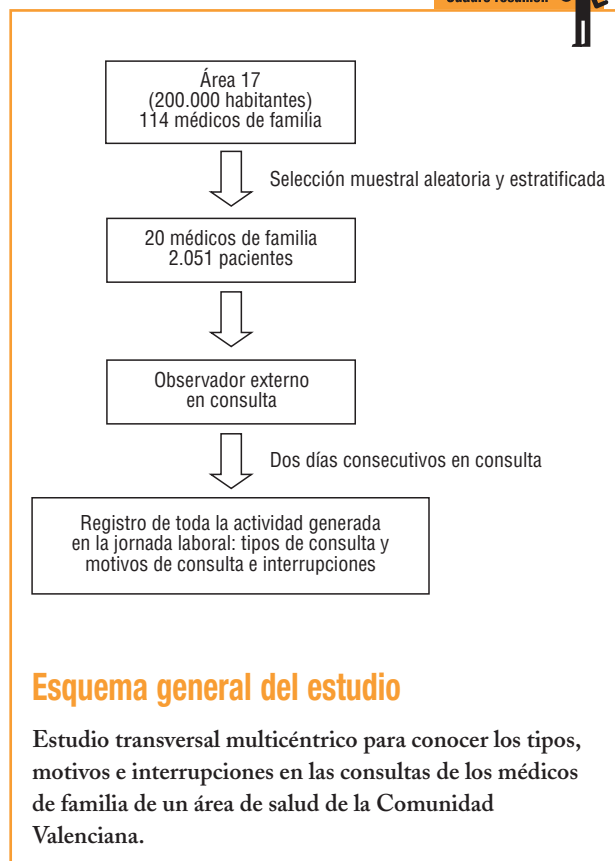
Se diseñó un estudio observacional-transversal multicéntrico que se realiza en 2 días de la misma semana en los 12 centros de salud del área (Marina Española, Avda. de Sax, las Acacias, Aspe, Novelda, Petrel 1 y 2, Villena 1 y 2, Biar, Monóvar, Pinoso y Sax). Se calculó un tamaño muestral representativo utilizando la fórmula de variables cualitativas:

$$N = Z^2 p (1 - p) / e^2$$

Por no conocer las proporciones de los resultados esperados de actividad asistencial con datos primarios, se asume la proporción más desfavorable, que es de $p = 0,5$, y para completar la variabi-

Material y métodos

Cuadro resumen



lidad del parámetro, su complementario ($q = 1 - p$); $q = 0,5$. El comité científico consensuó para el cálculo del tamaño muestral los siguientes valores:

- La precisión o «e» con que se desea obtener la estimación fue del 3%, que fue la amplitud deseada de intervalo de confianza (IC).
- El nivel de confianza o « Z_q » deseado se fijó en el 99%, lo que se corresponde con un valor alfa del 1% (Z al 99% = 2,576); $N = (2,576)^2 \times 0,5 \times 0,5 / (0,03)^2 = 1.843$. Cuando se realizaron los 40 días de consulta, el comité científico del estudio consideró que se alcanzó la muestra suficiente al tener 2.051 pacientes, garantizando suplir un 10% de posibles pérdidas.

La Cátedra de Medicina de Familia de la Universidad Miguel Hernández y la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17 actuaron en todo momento de soporte en la investigación clínica. La recogida de datos la obtienen, dirigen y coordinan 4 médicos formados en investigación clínica y epidemiología con motivo de la realización de sus tesis doctorales. El trabajo de campo es realizado por 20 médicos residentes de medicina familiar y comunitaria del área, que actuaron de observadores externos en las consultas, previa preparación para la cumplimentación correcta del protocolo del estudio en la Unidad de Investigación y Docencia del Área 17.

Se seleccionó a los pacientes por muestreo estratificado por centros de salud y las claves médicas por muestreo aleatorio simple. Se realizaron reuniones informativas en cada centro de salud pre-

vias al inicio del trabajo de campo, con la intención de explicar la sistemática y los objetivos del estudio. La colaboración para la recogida de datos en las consultas era voluntaria, de modo que en estas reuniones se excluyó a los médicos que, tras haber sido elegidos en el sorteo aleatorio, no quisieron participar en el estudio. En estos casos se seleccionaba el número siguiente elegido aleatoriamente hasta conseguir el número de profesionales predeterminado por centro. En caso de que el médico estuviese ausente el día del estudio, se pasaba al número siguiente aleatorizado, igual que cuando había incompatibilidades con los horarios de los médicos que realizaron el trabajo de campo, a no ser que éstos acordasen otro cambio con el médico asignado.

De los 93 médicos pertenecientes al área, se seleccionó a 63, de los cuales 13 no quisieron participar, lo que representa un 21% de los números aleatorizados. Éstos fueron sustituidos por otros médicos de forma aleatoria hasta completar el número adecuado para realizar el estudio. No se detectaron problemas de participación en los 4 centros rurales, en 2 de los 5 centros semiurbanos y en 1 de los 3 centros urbanos que participaron en el estudio.

El trabajo de campo se realizó durante 2 días consecutivos durante la primera quincena de enero de 2002, y se llevó a cabo un estudio piloto previo para detectar posibles deficiencias. El día de la semana en que se inició el trabajo se eligió al azar, resultando ser el martes 14 de enero. Se seleccionó esta fecha tras la finalización de las vacaciones de Navidad con el objetivo de tener el mínimo problema con los rotatorios de los residentes, que recogieron los datos del estudio como observadores externos en la consulta médica elegida. Se llegó al acuerdo que el horario de recogida de datos fuera de 8 a 14.30 h por la mañana y de 14.30 a 21 h por la tarde. La media de pacientes asignados por médico en el Área 17 fue de 1.720, con un porcentaje de pensionistas del 16%.

Se confeccionó un protocolo de estudio⁸, donde se describían los objetivos que incluyen toda la actividad generada en la consulta. El observador externo registraba la actividad según los criterios establecidos en el protocolo, sin preguntar al paciente. En este estudio, las variables principales fueron las sociodemográficas, el tipo de consulta, el motivo de consulta y las interrupciones producidas. El tipo de consulta se registró como variable cualitativa dicotómica (sí/no): a demanda, urgente, programada, consulta telefónica, domiciliaria, también si fue visitado con cita previa, sin cita, o el hecho que acuda un familiar en lugar del paciente. El motivo de consulta se registró como variable cualitativa. El observador cumplimentó en el cuestionario el motivo o motivos de consulta del paciente que posteriormente fue codificado según la clasificación internacional de atención primaria de la WONCA (CIAP-2) y categorizados en función de su contenido clínico (para enfermedades agudas, crónicas o actividades preventivas) o burocrático (administrativo o recoger resultados de pruebas).

Para definir la necesidad de actividad preventiva se siguieron las recomendaciones del programa de actividades preventivas (PAPPS) de la semFYC¹.

Los motivos de consulta se analizaron de forma global y por paciente (p. ej., se describe el porcentaje global de motivos de carácter burocrático y también el porcentaje de pacientes que acuden sólo por motivo burocrático). De esta manera se puede saber la proporción de pacientes evitados en caso de realizar estas actividades burocráticas fuera de la consulta.

Finalmente, se registraron todas las interrupciones acaecidas durante la consulta: telefónicas, por personal de enfermería, urgencias, llamada telefónica por el médico a pacientes, por otro personal sanitario, y otras causas.

Para el procesamiento informático se diseñó una base de datos en Microsoft Access, donde incluimos todos los registros de la hoja de recogida de datos. El análisis estadístico fue realizado con el programa informático SPSS versión 10.0. Se calculan las medias y los porcentajes, así como los intervalos de confianza (IC) del 95%. La búsqueda bibliográfica fue realizada en el Servicio de Documentación de la Universidad Miguel Hernández. Las bases de datos consultadas fueron EMBASE y MEDLINE. La estrategia de búsqueda se realiza con los descriptores: Actividad asistencial, Motivos de consulta, Diagnósticos, Actividad preventiva, Plan terapéutico, Validez, Fiabilidad, Utilidad clínica, Sensibilidad, Especificidad, Presión asistencial, Derivaciones, Tiempo asistencial, Historia clínica, Sistema de registro, Atención Primaria y Ambulatorio.

Resultados

La distribución por grupos de edad y sexo junto con su comparación con la población del Área de Salud⁷ se observa en la tabla 1. La edad media de los pacientes del estudio fue de $56,3 \pm 20,1$ años y la duración media de la consulta fue de $5,38 \pm 4,45$ min. La población mayor de 65 años, que representa el 19% de la población, realiza el 36% de las consultas.

La cuantificación de los tipos de consulta, junto con sus IC del 95%, se aprecia en la tabla 2. El porcentaje de consulta en la que acude un familiar alcanza el 14,7% de las visitas; el porcentaje de visitas sin cita previa, el 23,6%, y el porcentaje de visitas urgentes, el 6,6%. La consulta telefónica, supone el 0,7% de las visitas y las visitas en el domicilio, el 1,6%. El 11% de las consultas son programadas. El motivo de la consulta, en función de su contenido clínico o administrativo, asistencial o preventivo, agudo o crónico, se describe en la tabla 3, junto con su IC. Se detecta un porcentaje de actividad burocrática del 65% y un porcentaje de actividades preventivas del 3,4%. En el 39,6% de las consultas se puede identificar un motivo clínico agudo.

TABLA 1
Análisis por grupos de edad y sexo entre la población del Área 17 y la población demandante de consulta en el estudio

Grupo de edad	n	Porcentaje	Intervalo de confianza del 95%
15-39 años	412	20,1	18,4-22,8
40-64 años	585	28,5	26,6-30,5
≥ 65	736	35,9	33,8-38
No consta edad	318	15,5	13,9-17,1
Total	2.051		
Sexo			
Varones	825	40,2	38,1-42,3
Mujeres	1.179	57,5	55,4-59,6
No consta sexo	47	2,3	1,65-2,95
Total	2.051		

TABLA 2 Distribución porcentual de los tipos de consulta

Tipo de consulta	n	Porcentaje	Intervalo de confianza del 95%
Viene un familiar	302	14,7	13,2-16,2
Cita previa	1.567	76,4	74,6-78,2
A demanda	1.399	68,2	66,2-70,2
Programada	228	11,1	9,7-12,5
Urgente	135	6,6	5,5-7,7
Domicilio	33	1,6	1,1-2,1
Visita telefónica	14	0,7	0,3-1,1
No consta	242	11,8	10,4-13,2
Total	2.051		

El análisis de la actividad burocrática se observa en la tabla 4. La dispensación de recetas como motivo principal de las consultas supone el 52,8% del total de las mismas, seguido de la incapacidad temporal (6,6%) y las recetas de tratamientos provenientes de otros especialistas (2,7%).

Los motivos de consulta analizados por paciente y solicitados en función de su contenido clínico o burocrático se describen en la tabla 5. En el 35,5% de todos los pacientes, el motivo de la consulta es exclusivamente burocrático. Por otro lado, dos de cada tres pacientes tienen actividad burocrática en la consulta y sólo un tercio actividad clínica. El 24,7% de las consultas es de contenido exclusivamente clínico.

El 12,4% de las consultas médicas presentó algún tipo de interrupción. En la tabla 6 se describen sus causas. La llamada telefónica (3,9%) fue la más frecuente, la provocada por otros miembros del equipo fue del 1,7%, mientras que la interconsulta de enfermería supuso el 1,5%, y la interrupción por urgencias fue del 0,2%.

Discusión

Parte de este estudio ha sido remitido para su publicación en la revista ATENCIÓN PRIMARIA en el apartado de proyectos de investigación y como original breve cuando se analizan los resultados siguiendo la metodología de Casajuana a la hora de clasificar la organización de las consultas atendiendo a su previsibilidad (previsible e imprevisible) y contenido (administrativa o asistencial)⁸⁻¹⁰.

En cuanto a la metodología empleada, es el primer estudio realizado con datos primarios, es decir, por observación directa en la consulta. Ello nos ha permitido eliminar el sesgo de infraregistro de las historias clínicas o de las hojas de actividad asistencial, así como obtener una información más completa que la habitualmente registrada. Se ha tenido en cuenta el efecto de sentirse observado, puesto que la

TABLA 3 Distribución de los motivos de consulta: clínico para patología aguda, crónica, y actividades preventivas, o burocrático para administrativas y dar resultados

Motivo de consulta	n	Porcentaje	Intervalo de confianza del 95%
Patología aguda	812	39,6	37,5-41,7
Patología crónica	195	9,5	8,2-10,8
Actividades preventivas	70	3,4	2,6-4,2
Administrativa	1.339	65,3	63,2-67,4
Recoger resultados	316	15,4	13,8-17,0
Total	2.731		

Los motivos suman más de 2.051 (100%), porque no son excluyentes al poder haber varios motivos en un mismo paciente. Los porcentajes se calculan sobre el total de pacientes (n = 2.051).

TABLA 4 Distribución de la actividad burocrática

Actividad burocrática	n	Porcentaje	Intervalo de confianza del 95%
Recetas	1.083	52,8	50,6-55
Recetas de especialista	55	2,7	2,0-3,4
Recetas alta hospital	23	1,1	0,5-1,3
Volante ambulancia	18	0,9	0,7-1,7
Enfermería	25	1,2	0,6-1,6
Especialista	35	1,7	1,1-2,3
Hacer certificados	41	2,0	1,4-2,6
Incapacidad temporal	135	6,6	5,5-7,7
Total	1.415		

Los motivos suman más de 1.339 (65,3%), que es el total de administrativas, porque no son excluyentes al poder haber varios motivos burocráticos en un mismo paciente. Los porcentajes se calculan sobre el total de pacientes (n = 2.051).

TABLA 5 Distribución de los pacientes según el/los motivo/s de consulta

Motivo de consulta	n	Porcentaje	Intervalo de confianza del 95%
Clínico	506	24,7	22,8-26,6
Clínico + resultados	79	3,9	3,1-4,7
Clínico + burocrático	447	21,8	20,0-23,6
Obtener resultados	71	3,5	2,7-4,3
Resultados + burocrático	87	4,2	3,3-5,1
Burocrático	728	35,5	33,4-37,6
Clínico + resultados + burocrático	76	3,7	2,9-4,5
No consta	57	2,8	2,1-3,5
Total	2.051	100	

TABLA 6
Causas de interrupción de las consultas médicas en atención primaria

Interrupciones	n	Porcentaje	Intervalo de confianza del 95%
Llamada telefónica	81	3,9	3,1-4,7
Personal de enfermería	31	1,5	1-2
Consulta urgente	5	0,2	0,01-0,39
Llamar a un paciente	31	1,5	1-2
Otro personal sanitario	34	1,7	1,1-2,3
Otras interrupciones	65	3,2	2,4-4
Total	247	12,0	10,6-13,4

El 12% de las consultas fueron interrumpidas. Los porcentajes se calculan sobre el total de pacientes (n = 2.051).

percepción de los observadores que participaron en el estudio es que este posible efecto duraba sólo los 4 o 5 primeros pacientes, diluyéndose al avanzar la consulta. En cualquier caso, los resultados obtenidos son los mejores posibles.

Con los resultados obtenidos se puede concluir que hay una población que demanda más las consultas, en especial los ancianos. Aproximadamente 3 de cada 4 pacientes atendidos acuden con cita previa. De éstos, en una quinta parte acude un familiar del paciente a realizar la consulta. El 10% de las visitas son programadas por el médico. En una de cada 5 consultas el paciente no tiene cita previa con su médico, aunque éste le atiende, y de éstas, algo más del 30% son valoradas como urgentes por el paciente o su familiar y solicitan la atención inmediata; ello supone casi un 7% del total de las consultas atendidas en un centro de salud. Llama la atención el bajo porcentaje de consultas telefónicas y domiciliarias, los elevados porcentajes de consulta burocrática y la baja actividad preventiva realizada, así como la escasa derivación desde la consulta médica al personal de enfermería. No podemos comparar nuestros resultados al no disponer de estudios de características similares y realizados a la vez con fuentes primarias.

Respecto a la edad y el sexo de la población demandante, la población mayor de 65 años, que representa el 19% de la población, realiza el 35% de las consultas. Las mujeres presentan mayor demanda. En estudios que analizan la influencia de la edad y el sexo en la demanda^{11,12} sanitaria se concluye que la edad es un factor determinante de frecuentación de consulta, y la mujer es más visitadora que el varón porque culturalmente es la cuidadora principal de la familia.

Destacaremos la existencia de consultas por un familiar, en general una mujer, que ejerciendo ese papel de cuidadora realiza consultas por problemas menores, o de pacientes muy conocidos por el médico, muchas veces encamados.

Se detecta un porcentaje muy importante de pacientes que acuden sin haber solicitado cita (20%), similar al de otros

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Hay una elevada presión asistencial en las consultas de atención primaria.
- Las variables del médico y su estilo de práctica clínica condicionan poderosamente la frecuentación de sus pacientes.
- De la investigación tradicional se sabe que las mujeres, y sobre todo las mayor edad, constituyen la población más demandante.

Qué aporta este estudio

- La actividad burocrática en mayor o menor grado alcanza a dos de cada 3 consultas, siendo exclusivamente burocráticas el 36%. El contenido burocrático de las consultas es mayor que el contenido clínico.
- Una de cada 5 consultas no tiene cita previa, y la consulta telefónica es casi inexistente (0,7%). Hay una muy baja actividad preventiva (3,4%) en la consulta a demanda y escasa relación con el personal de enfermería (1,5%).
- La instauración de planes antiburocráticos con redistribución de las tareas e implicación de todos los miembros del equipo permitiría aumentar el tiempo disponible por paciente en la consulta de medicina de familia.

estudios¹³. La cita urgente es más utilizada por la población joven, justificándose en la mitad de los casos por la dificultad en la obtención de cita previa en el día y hora deseados. Algunos autores debaten sobre la utilidad de la cita previa y llegan a la conclusión de que constituye un instrumento eficaz siempre y cuando no ocasione listas de espera¹⁴. Se acepta que el principal problema que padecen los médicos de familia es la elevada presión asistencial: con la consiguiente masificación de las consultas que conlleva aparejado un tiempo insuficiente para la utilización de las herramientas fundamentales en la actividad asistencial, la entrevista clínica y la exploración física. Se lleva mucho tiempo investigando en cómo racionalizar la demanda y poder conseguir un mínimo de 10-15 min por paciente en la cita previa, siempre y cuando las consultas a demanda sean exclusivamente para resolver problemas de salud. Borrell¹⁵ indica que la estructuración de la consulta en 10 min por paciente en agendas flexibles no solamente mejorará la salud de nuestros pacientes, sino tam-

bién la salud y calidad de vida del profesional para evitar el *burnout*¹⁵⁻¹⁷.

Se puede aceptar que, en algunos cupos, la alta presión asistencial esté justificada por un excesivo número de pacientes asignados o una mala distribución de éstos, con un elevado porcentaje de pensionistas, pero en este estudio, la mayoría de las consultas investigadas no presentan este problema (según los datos del SIP) (1). En un estudio muy reciente se quiso estimar el cupo máximo en medicina de familia que permita consultas mínimas de 10 min por paciente. En tres centros de salud se estableció un modelo de regresión como predictor de la carga del trabajo asistencial, concluyéndose que la edad de los pacientes explica en gran medida la variabilidad de la carga asistencial y permite estimar el cupo máximo de paciente que asegure un tiempo mínimo por consulta¹⁸.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que para organizar mejor la demanda asistencial es necesario protocolizar las tareas burocráticas, detectar y reconducir al paciente frecuentador y que los cambios que se tienen que realizar para racionalizar la demanda asistencial no deben interferir en su labor clínica, pues estas tareas se resuelven de manera eficaz, sino en la meramente organizativa^{4,19,20}. Hay experiencias en nuestro país de programas de prescripción repetida o CLT para desburocratizar las consultas que han ofrecido resultados contradictorios, llegando a la conclusión de que falta más investigación para obtener conclusiones más consistentes. En lo que respecta a la informatización de la consulta, puede ser un instrumento fundamental en la desburocratización, pero insuficiente si no se acompaña de medidas organizativas en el centro. En la Comunidad Valenciana será muy relevante conocer la experiencia de ABUCASIS II, de próxima instauración en todos los centros de atención primaria.

Preocupa el bajo porcentaje obtenido de actividades preventivas con evidencias tipo A realizadas en nuestras consultas y que el PAPPs prioriza en su paquete mínimo de datos. En otros estudios, los porcentajes de actividad preventiva que se realizan en las consultas de atención primaria son muy escasos, al igual que el obtenido por nuestro estudio, y ninguno de ellos supera el 50%²¹. Cuando se analizan los factores de esta baja actividad, se concluye que la comunicación interpersonal, la coordinación de las consultas, las barreras dependientes de los pacientes y el hecho de que muchos médicos de familia no están de acuerdo con las recomendaciones preventivas de los consensos actuales pueden justificar esta baja actividad, aunque también se está de acuerdo en que puede haber más factores complejos que necesiten más investigación²²⁻²⁶.

Habría que modificar los bajos porcentajes obtenidos en las consultas programadas y que éstas se realicen única-

mente a expensas de las enfermedades crónicas. El porcentaje elevado de interrupciones en la consulta con toda seguridad es un elemento de distorsión que afecta negativamente a la labor asistencial y a la relación médico-paciente. Se debería controlar las interrupciones telefónicas y de otros miembros del equipo de atención primaria.

Se sabe, por una parte, que el grado de conocimiento del médico sobre su actividad asistencial y los recursos derivados de ella es escaso²⁷ y, por otra, que los usuarios con frecuencia no reconocen el problema de salud que ha motivado su visita como una verdadera enfermedad²⁸; por ello, estos estudios que pretenden mejorar los resultados obtenidos en la actividad asistencial^{29,30} deberían servir tanto para el debate de los médicos del equipo como para la formación y educación de los pacientes a la hora de analizar la racionalización de la demanda.

Si se redujeran al máximo en las citas previas las consultas por trámites burocráticos y/o administrativos, se disminuiría el número medio de consultas por día en más del 50%, con lo que el tiempo disponible por paciente aumentaría de 5,3 min a justo el doble (más de 10 min por paciente). La solución a la elevada demanda asistencial que proponemos a la luz de los resultados observados en este estudio pasa por separar las consultas burocráticas de las consultas sobre problemas de salud, creando circuitos alternativos para la resolución de los problemas burocráticos. Una gran parte de la investigación clínica de los médicos de familia del siglo XXI tiene que ir dirigida a buscar los mejores programas administrativos e informáticos y potenciar su funcionamiento en los centros de salud mediante el trabajo en equipo. Según nuestros resultados, habría que intervenir en las consultas burocráticas y en las que se acude para obtener resultados de pruebas realizadas con anterioridad para agilizar la cita previa, y en lo posible averiguar los factores que hacen que en nuestro estudio uno de cada cuatro pacientes sea visitado sin cita previa y los elevados porcentajes de consultas en los que acude un familiar en lugar del propio paciente.

Bibliografía

- Martín-Zurro A, Cano JF. Atención primaria de salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Hartcourt Brace, 1999; p. 3-15.
- Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Jarpyo editores S.A., 1997.
- Gómez de la Cámara A. Manual de medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en atención primaria. Madrid: Jarpyo Editores S.A., 1998.
- Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Aten Primaria 1998;21:489-98.

(1) Sistema que gestiona la tarjeta sanitaria en la Comunidad Valenciana.

5. Bolanos V, Ocaña R, Prados A, Gutiérrez P. Variations in health services utilization by primary care patients. *Health Serv Manage Res* 2002;15:116-25.
6. Plauth AE, Pearson SD. Discontinuity of care: urgent care utilization within a health maintenance organization. *Am J Manag Care* 1998;4:1531-7.
7. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Memoria del Área 17 de Atención Primaria, 1999.
8. Pedrera V, Orozco D, Gil VF, Prieto I, Moya MI, Martínez P. Características de la demanda sanitaria médica en atención primaria de un Área de Salud de la Comunidad Valenciana (Estudio SyNPC). Proyecto de investigación. *Aten Primaria* 2004;33:31-7.
9. Casajuana Brunet J, Bellon Saameño JA. Gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria: conceptos organización y práctica clínica*. Vol 1. 5.ª ed. Madrid: Elsevier, 2003; p. 84-109.
10. Orozco D, Pedrera V, Gil VF, Prieto I, Rivera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico. *Aten Primaria* 2004;33:69-77.
11. Woodwell DA. National ambulatory medical care survey: 1996 summary. *Adv Data* 1997;17:1-25.
12. Brett KM, Burt CW. Utilization of ambulatory medical care by women: United States, 1997-1998. *Vital Health Stat* 13 2001;149:1-46.
13. Isanta C, Rivera P, Pedraga M, Giménez N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:263-74.
14. Santana de Carlos B. La cita previa: ¿una mejora para la atención de los pacientes? *FMC* 1994;1:359-64.
15. Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Aten Primaria* 2001;27:343-5.
16. Rodríguez F, Rodrigo C, Hernández I, Lozano A, Hernanz I. ¡Doctor, vengo de urgencias! *Aten Primaria* 1998;22:655-60.
17. Blumenthal D, Causino N, Chang YC, Culpepper L, Marder W, Saglam D, et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999;48:264-71.
18. Brugos A, Guillen F, Mallor F, Fernández C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo de medicina de familia que permita un mínimo de 10 minutos por consulta. *Aten Primaria* 2003;32:23-9.
19. Gallo FJ, Altisent R, Díez J, Fernández C, Foz G, Granados MI, et al. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Primaria* 1999;23:236-48.
20. Fernández MI, Asenjo M, Fernández E, Martínez M, Molina G, Moreno A. Efectividad de medidas organizativas en la mejora de gestión del programa de cita previa. *Aten Primaria* 1997;20:287-92.
21. Dickey LL, Griffith HM, Kamerow DB. Put prevention into practice: implementing preventive care. US Department of Health and Human Services. *J Am Acad Nurse Practice* 1994; 6:257-66.
22. Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA, Kelly RB, Zyzanski SJ. Direct observation of rates of preventive service delivery in community family practice. *Prev Med* 2000;31:167-76.
23. Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Medical Care* 1998;36:21-30.
24. Boles M, Getchell WS, Feldman G, McBride R, Hart RG. Primary prevention studies and the healthy elderly: evaluating barriers to recruitment. *J Commun Health* 2000;25:279-92.
25. Zyzanski SJ, Stange KC, Kelly R, Flocke SA, Shank JC, Chao J, et al. Family physicians' disagreements with the US Preventive Services Task Force recommendations. *J Fam Pract* 1994;39:140-7.
26. Hershey CO, Karuza J. Assessment of preventive health care: design considerations. *Prevent Med* 1997;26:59-67.
27. De Maya MC, Gómez-Calcerrada D, González MJ, Mendoza C, Martínez Ríos MJ. El conocimiento de la actividad asistencial: ¿otro factor profesional relacionado con la utilización? *Aten Primaria* 2000;25:497-501.
28. Delgado A, Lopez LA, Luna JD. Influencia del modelo de organización en la satisfacción del usuario. *Aten Primaria* 1995;16:314-8.
29. Prados A, Prados D, March JC. Medida del producto en atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:329-33.
30. Jimenez J, Cutillas S, Martín Zurro A, Grupo de trabajo MPAR-5. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPAR-5. *Aten Primaria* 2000;25:653-60.