



ORIGINAL

Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico?☆

Jesús Millas Ros^{a,*} Antxon Otegui Recio^b Sofía Perez Gil^c
María Jesús Arzuaga Arambarri^d José Manuel Martínez Eizaguirre^e
María Jesús Insausti Carretero^f, Miembros del Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Gipuzkoa (CGO)◇

^a *éCentro de Salud de Oñati, Comarca Oeste de Gipuzkoa, Gipuzkoa, España*

^b *éCentro de Salud de Zumárraga, Comarca Oeste de Gipuzkoa, Gipuzkoa, España*

^c *éCentro de Salud de Aretxabaleta, Comarca Oeste de Gipuzkoa, Gipuzkoa, España*

^d *éCentro de Salud de Elgoibar, Comarca Oeste de Gipuzkoa, Gipuzkoa, España*

^e *éCentro de Salud de Billabona, Comarca Oeste de Gipuzkoa, Gipuzkoa, España*

^f *éCentro de Salud de Beasain, Comarca Oeste de Gipuzkoa, España*

Recibido el 18 de junio de 2010; aceptado el 16 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 5 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Motivos de consulta;
Utilización

Resumen

Objetivos: Conocer la proporción de motivos de consulta de atención primaria que podría ser atendida por otro profesional del equipo distinto del médico.

Diseño: Descriptivo transversal multicéntrico.

Emplazamiento: Atención primaria, comarca Gipuzkoa oeste-Mendebalde, participando 17 centros de salud.

Participantes: Motivos de consulta atendidos por 38 médicos durante 5 días.

Mediciones principales: Edad, sexo, frecuentación, modalidad, iniciativa, motivo de consulta, nivel idóneo de atención.

Resultados: Se atendieron 4.377 pacientes que generaron 5.592 consultas. La frecuentación media fue 10 visitas/año. El 93,1% de las consultas se realizaron en el centro, 5,4% telefónicas y 1,5% a domicilio.

El 74,4% de las consultas fueron a demanda, 17,2% concertadas por el médico, 6,4% concertadas por protocolo y 2% a petición de otros profesionales. Un 8% fueron urgentes.

El 71,5% (IC 95%: 69,8-73,2) tenían motivo clínico médico, 7,2% (6,2-8,2) eran síntomas menores, 18,4% (17,1-19,5) burocráticos y 2,9% (2,3-3,3) motivo informativo.

☆ Los datos preliminares de este trabajo se presentaron como comunicación oral en el XXIX Congreso de semFYC en Barcelona, en noviembre de 2009.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus.millasros@osakidetza.net (J. Millas Ros).

◇ Los componentes del grupo de trabajo están relacionados en el Anexo 1 al final del artículo.

Las consultas por motivo médico supusieron el 80,5%(79,3-81,7) y las no médicas el 19,5% (18,3-20,7). El 29,3% de las consultas telefónicas, 20,2% de consultas en el centro, y 2,4% de las consultas domiciliarias fueron por motivo no médico, así como el 16,7% de las consultas urgentes. El nivel idóneo de atención en un 80,7% fue médico, 13,2% enfermería, 2,8% área atención al cliente, y otros profesionales un 3,3%.

En las consultas por enfermedad menor, enfermería se consideró como nivel idóneo un 65,3% de casos.

Conclusiones: Una de cada 5 consultas podría ser atendida por otro profesional diferente del médico, lo que en 5 h de consulta permitiría ganar una hora que podría dedicarse a otras actividades.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Primary Care;
Consultation;
Use

Primary care consultations: are they all by the doctor?

Abstract

Objectives: To find out the proportion of primary healthcare consultations that could be attended by another professional other than the doctor.

Design: multicentre cross-sectional study.

Location: Primary healthcare, west-gipuzkoa region, with 17 health centres taking part.

Participants: Reasons for consultation dealt with by 38 doctors over 5 days.

Main measurements: Age, sex, frequency, category, initiative, reason for consultation and ideal level of healthcare.

Results: A total of 4,377 patients who generated 5,592 consultations were included. The average frequency was 10 visits/year. The large majority (93.1%) of consultations took place in the centre, 5.4% by telephone and 1.5% were home visits.

A total of 74.4% of the consultations were requested, 17.2% arranged by the doctor, 6.4% arranged by protocol, 2% at the request of other professionals, and 8% were urgent.

The reasons were; 71.5% (95% CI: 69.8-73.2) were medical clinical, 7.2% (6.2-8.2) minor symptoms, 18.4% (17.1-19.5) bureaucratic, and 2.9% (2.3-3.3) for information.

The consultations for medical reasons accounted for 80.5% (79.3-81.7) and 19.5% (18.3-20.7) were for non-medical reasons. Non-medical reasons made up 29.3% of the telephone consultations, 20.2% of the consultations in the centre, and 2.4% of the home visits, as well as 16.7% of the urgent consultations.

The ideal level of healthcare was considered to be doctor 80.7%, 13.2% nursing and 2.8% administrative. In the consultations for minor symptoms, nursing was considered the ideal level in 65.3% of cases.

Conclusions: One out of every 5 consultations could be dealt with by a professional other than the doctor, which in 5 hours of consultations would allow 1 hour to be gained which could be used for other activities.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Existe acuerdo en que los países con una atención primaria (AP) capaz y de calidad consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios y menores costes del conjunto de los servicios sanitarios¹.

En los últimos años, los médicos de AP notamos un aumento incesante del número de consultas que realizamos, a pesar de, en muchos casos, estar atendiendo a una población menor, habiéndose observado incluso un aumento de la frecuentación cuando aumenta el número de profesionales por población².

La falta de tiempo y el aumento de la demanda se han convertido en los principales problemas que tenemos los médicos de familia (MF), junto con la incesante derivación de tareas no propias de un MF a nuestras consultas¹. En

España, el médico de AP visita un 40% más de pacientes por semana que sus colegas europeos, y dedica menos tiempo de visita a los pacientes³.

Estudios sobre la satisfacción laboral de los médicos de AP reflejan a un profesional cansado emocionalmente, con una vivencia tensa, baja autoestima y desesperanzado respecto a su futuro profesional. En dicha satisfacción influyen el escaso tiempo por consulta, la burocratización, el desequilibrio entre las expectativas del paciente y las posibilidades reales de la ciencia médica. A pesar de los cambios introducidos en los últimos años, tras la reforma de la AP, la satisfacción laboral se ha modificado poco e incluso algunos aspectos de la misma han empeorado⁴.

Los condicionantes de la demanda asistencial son múltiples, y no se derivan únicamente de problemas de salud de la población. Una buena parte de nuestra actividad en consulta viene representada, en primer lugar, por la actividad

administrativa, que llega en algunos estudios hasta un 65% de los motivos de consulta⁵; en segundo lugar, la actividad generada por los propios profesionales, que explicaría hasta un 55% de la utilización de las consultas² y, en tercer lugar, las enfermedades más o menos agudas, muchas autolimitadas, que no requieren actuación alguna por nuestra parte⁶.

Para modificar esta situación se están planteando nuevos modelos organizativos, que incluyen una mejora de la gestión del tiempo, recurso estratégico de AP⁷, así como una redistribución más racional de tareas, con participación más activa de los profesionales de enfermería⁸ y del área de atención al cliente (AAC), que parece que están siendo bien aceptados por profesionales y pacientes⁹.

El objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis de los motivos de consulta que atendemos en las consultas médicas de AP, evaluando qué porcentaje de los mismos podría ser atendido por otro profesional del equipo, o sin acudir al centro de salud.

Material y métodos

Diseñamos un estudio descriptivo transversal multicéntrico, en la comarca de AP Guipúzcoa Oeste-Mendebalde (CGO), participando 38 médicos del grupo de investigación de la CGO, pertenecientes a 17 de las 21 unidades existentes, con una población asignada de 62.543 personas. Se recogieron datos del 20 al 24 de abril de 2009.

Para la recogida de datos creamos una hoja de registro de elaboración propia, siendo la unidad de análisis cada motivo de consulta. Se consideró como motivo cada una de las demandas del paciente en una consulta, cuantificando cada una de ellas como motivo diferente. Se realizó un estudio piloto para valorar la adecuación del cuestionario, unificando los criterios de recogida entre los miembros del grupo.

La población de estudio fueron todos los motivos de consulta atendidos por los 38 médicos en dicha semana, incluyendo tanto los pacientes propios como los de otros cupos médicos o desplazados.

Se recogieron las siguientes variables:

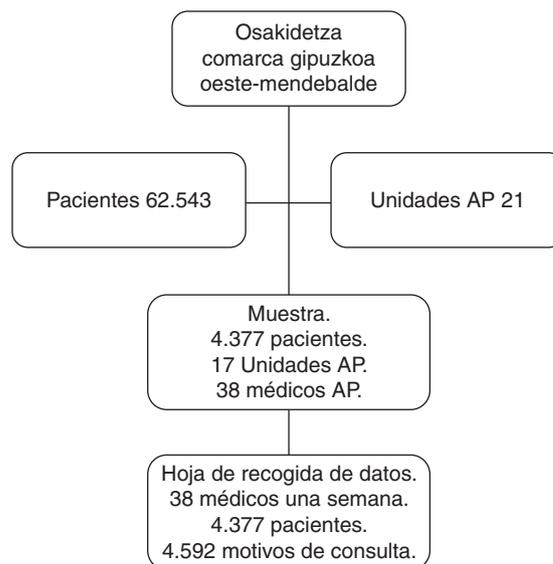
1. *Datos del paciente*: fecha de nacimiento, sexo y frecuentación (número visitas en los últimos 12 meses).
2. *Modalidad de consulta*: consulta en el centro, en domicilio o por teléfono.
3. *Iniciativa*: a demanda del paciente, concertada por protocolo, concertada por el médico o solicitada por otros profesionales.
4. Consulta urgente: sí o no.
5. Motivos de consulta: diferenciando:
 - *Médico clínico*: consultas por enfermedad no recogida en «síntomas menores y procesos autolimitados».
 - *Síntomas menores y procesos autolimitados*: procesos clínicos en que se promulga intervención inicial por enfermería según protocolos de actuación consensuados previamente^{8,10}.
 - *Motivos burocráticos*: según documentos de consenso para la eliminación de actividades burocráticas en consulta¹¹:
 - a) Debe ser realizado por el médico con el paciente presente.
 - b) Debe ser realizado por el médico, pudiendo ser diferido y sin presencia del paciente.
 - c) No precisa ser realizado por el médico.
 - d) Motivo burocrático que no debería ser realizado:
 - *Consultas informativas*: diferenciando si la información debería ser suministrada por médico, enfermera o AAC.

Para la interpretación de los datos diferenciamos entre «motivo médico», que incluye el motivo médico claro y aquellos que, siendo burocráticos o informativos, deben ser realizados por el médico, y «motivo no médico», que agrupa a los síntomas menores, burocráticos e informativos que no deben ser realizados por el médico.

6. *Nivel idóneo*: opinión subjetiva del propio médico sobre el nivel adecuado en que debería atenderse cada motivo de consulta: médico, enfermería, AAC, otros (atención especializada, asistencia social, etc.).

Análisis estadístico

Se llevó a cabo por medio del programa SPSS 15.0. El análisis univariante se realizó mediante una distribución de frecuencias. Para 2 variables cualitativas se utilizaron la ji cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Para una variable cualitativa de 2 categorías y una cuantitativa se utilizó la t de Student. Cuando la variable cualitativa tenía más de 2 categorías se empleó el análisis de la varianza. Los intervalos de confianza se obtuvieron con el programa SYSTAT 12,0.



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo transversal multicéntrico para conocer la proporción de consultas de AP que podría ser atendida por otro profesional distinto del médico.

Resultados

Se atendieron 4.377 pacientes que generaron 5.592 consultas (1,3 consultas/paciente). El 45,6% fueron hombres, el 54,4% mujeres, y la edad media fue de 56 ± 19 años (rango 14-99). La media de frecuentación fue 10 visitas en el último año, siendo la frecuentación media de las mujeres 10,31 visitas/año y la de los hombres 9,75 ($p = 0,011$).

Tabla 1 Porcentaje de motivos de consulta registrados

Motivo de consulta	Porcentaje con su IC
<i>Motivo médico clínico</i>	71,5% (69,8-73,2)
<i>Síntomas menores</i>	7,2% (6,2-8,2)
<i>Burocráticos</i>	18,4% (17,1-19,5)
Burocrático médico	39,9% (38,6-40,0)
Burocrático no médico	60,1% (58,8-61,4)
<i>Informativos</i>	2,9% (2,3-3,3)
Informativo médico	60,7% (59,4-62,0)
Informativo no médico	29,3% (28,2-30,4)

IC: intervalo de confianza al 95%.

El 93,1% de las consultas se realizaron en el centro de salud, el 5,4% fueron telefónicas y 1,5% a domicilio.

El 74,4% de las consultas fueron a demanda, 17,2% concertadas por el médico, 6,4% concertadas por protocolo y 2% a petición de otros profesionales. Un 8% fueron consultas urgentes.

Los motivos de consulta recogidos se muestran en la [tabla 1](#). Un 18,3% de los motivos fueron burocráticos, de los que el 60,1% fueron no médicos.

Resultados por sexo

Las mujeres consultaron por motivo médico un 78,4% (76,6-80,0) y por motivo no médico un 21,6% (19,9-23,3), y los hombres lo hicieron un 81% (79,1-82,7) y un 19% (17,2-20,9) respectivamente ($p=0,02$). Las mujeres consultaron telefónicamente un 6,3% y acudieron a consulta un 92,1% de ocasiones, mientras que los hombres lo hicieron un 4 y un 94,5%. En cuanto a la iniciativa de consulta, las mujeres acudieron a demanda un 75,5%, concertada por el médico un 16,8%, y concertada por protocolo un 5,8%. Los hombres presentaron un 72,5% de consultas a demanda, un 17,7% concertadas por el médico y un 7,6% de citas concertadas por protocolo.

Resultados según motivo médico/no médico

El 80,5% (79,3-81,7) de las consultas fueron por motivo médico (clínico, burocrático e informativo) y el 19,5% (18,3-20,7) por motivos no médicos.

No encontramos diferencias significativas ($p=0,263$) entre consultas por motivo médico y no médico según la edad de los pacientes.

La media de frecuentación de los pacientes que acudieron por motivo médico fue 9,86 visitas/año frente a 10,78 de los que acudieron por motivo no médico ($p=0,001$). Cuando la media de frecuentación fue < 6 visitas/año, acudieron por motivo médico un 81,6%, mientras que los que tenían una media > 15 lo hicieron por motivo médico un 76,2% ($p=0,001$), como se aprecia en la [tabla 2](#).

Un 29,3% de consultas telefónicas, un 20,2% de consultas en el centro de salud y un 2,4% de consultas a domicilio fueron por motivo no médico.

El 24,8% de consultas solicitadas a demanda del paciente y un 17,6% de consultas a iniciativa de otros profesionales

fueron por motivo no médico ([tabla 3](#)), así como un 16,7% de las consultas solicitadas como urgentes.

Resultados según el nivel idóneo de atención

Según los médicos que realizaron el estudio, el nivel idóneo de atención sería el médico en un 80,71% de consultas, enfermería un 13,2%, el AAC un 2,8%, y otros un 3,3%.

No obtuvimos diferencias en el nivel idóneo de atención según el sexo de los pacientes ($p=0,175$). Conforme aumentaba la edad de los pacientes fue mayor el porcentaje de casos en que se consideraba enfermería como nivel idóneo de atención, disminuyendo el porcentaje de casos en que se consideraba al médico ($p < 0,001$), lo que queda reflejado en la [tabla 4](#).

El nivel idóneo de atención de las llamadas telefónicas se consideró médico en el 70,8%, enfermería 14,8% y AAC 10,8%. En las consultas en el centro, se consideró como nivel idóneo el médico un 80,9% y enfermería un 13,3%.

En las consultas por motivo no médico se consideró que el nivel idóneo de atención era enfermería en el 56,3%, AAC el 11% y otro nivel ajeno al centro de salud el 14%. En aquellos motivos de consulta especificados como enfermedad menor, se consideró que el nivel idóneo de atención era enfermería en el 63,5% de los casos.

Discusión

Los resultados de nuestro estudio confirman que hay un volumen importante de trabajo en la consulta del médico de AP que podría ser resuelta en otro nivel de atención diferente del médico en el centro de salud, o incluso que no debería ser realizado en el mismo. Hasta una de cada 5 consultas no debería ser realizada, lo cual nos permitiría ganar en torno a una hora de trabajo que podría ser dedicada a otras actividades, como atención a patologías propias de AP que no podemos asumir por falta de tiempo, investigación, docencia, formación, etc.

Pensamos que nuestro estudio presenta algunas limitaciones. La obtención del nivel idóneo de atención se presta a la subjetividad del médico que recoge los datos, pero es precisamente la opinión del médico sobre lo que hace lo que nos interesaba registrar, al no existir hasta ahora una definición precisa de lo que es o no función del médico o de otro profesional del equipo; en cualquier caso, se trató de minimizar mediante consenso dentro del grupo, aceptando la subjetividad del dato. Por otro lado, debido a que las características de nuestros centros y equipos de profesionales son diferentes de los de otras localizaciones geográficas, creemos que la validez externa de nuestros resultados está limitada y que solo deben ser extrapolados a nuestra zona de influencia.

Los datos de nuestro estudio reflejan que las mujeres realizan más consultas telefónicas, acuden con mayor frecuencia por motivos no médicos y consultan más que los hombres, una media de una visita más al año, lo cual coincide con otros estudios publicados⁵ explicándolo por la función de cuidadora que tiene asumida y que le lleva a una mayor frecuentación.

Una de cada 5 consultas realizadas es por motivos no médicos, que podrían ser resueltos por enfermería en el caso

Tabla 2 Porcentaje de motivos médicos y no médicos atendidos en función del número de visitas/año con su intervalo de confianza al 95%

Frecuentación	Motivo médico	Motivo no médico
< 6 visitas/año	81,6% IC 95% (79,6-83,4)	18,4% IC 95% (16,5-20,3)
6-15 visitas/año	79,5% IC 95% (77,0-80,9)	20,9% IC 95% (19,1-22,9)
> 15 visitas/año	76,2% IC 95% (72,9-79,1)	23,8% IC 95% (20,8-27,0)

Tabla 3 Porcentaje de motivos médicos y no médicos atendidos en función de la iniciativa de consulta con su intervalo de confianza al 95%

Iniciativa	Motivo médico	Motivo no médico
Demanda	75,2% (73,6-76,7)	24,8% (23,3-26,4)
Concertada por protocolo	93,9% (90,2-96,3)	6,1% (3,4-9,5)
Concertada por médico	96,7% (95,0-97,8)	3,3% (2,1-4,9)
Otros profesionales	82,4% (72,2-89,5)	17,6% (9,9-27,1)

de síntomas menores, o por el AAC en procesos burocráticos que no debe realizar el médico. Hay experiencias y estudios que demuestran que los profesionales de enfermería pueden abordar, con alto grado de eficacia y de satisfacción de los pacientes, problemas que hasta ahora están siendo atendidos por el médico⁸⁻¹⁰. Asimismo, se aprecia que los pacientes que acuden por motivo no médico frecuentan nuestras consultas más que los que acuden por motivo médico. Cabe destacar que el 30% de las llamadas telefónicas atendidas en consulta fueron debidas a motivos no médicos, lo cual refleja la necesidad de realizar un buen trabajo de filtro administrativo. Esto nos lleva a la necesidad de abordar sistemas de control como los que, por ejemplo, se llevan a cabo en la Comunidad de Navarra⁶ con redistribución de tareas y orientando al paciente hacia el profesional idóneo.

Sorprende el 16,7% de consultas solicitadas como urgentes por motivo no médico. Coincidimos con Palomo¹² en que en nuestra sociedad prima la necesidad de respuesta en el momento a cada demanda, con un umbral de insatisfacción cada vez menor; así, medidas de educación hacia la población sobre uso adecuado de recursos urgentes, nos parecen imprescindibles.

En nuestro estudio obtenemos un 18,3% de tareas burocráticas, por debajo de estudios que obtienen hasta un 65,3%^{5,13}. Creemos que procesos llevados a cabo en nuestros centros, como la informatización, receta de largo tratamiento, renovación de partes de incapacidad laboral desde las AAC, etc., contribuyeron a reducirlas, aunque hay mar-

gen de mejora, pues objetivamos que el 60% del total se consideraron motivos burocráticos no médicos, que no deberían llegar a nuestras consultas.

La consideración de los médicos sobre el profesional idóneo para resolver la consulta del paciente era, en una de cada 5 ocasiones, otro profesional del centro. En las consultas por enfermedad menor, en un 63,5% pensaban que podrían ser resueltas por la enfermera. Nos parece significativo que en el 33% de las consultas por enfermedad menor, el médico se consideró como nivel idóneo, lo que pensamos puede deberse a la inercia tanto del profesional como del paciente, que no contempla otra opción para solucionar su problema. Hay estudios que afirman que hasta un 50% de los problemas susceptibles de ser abordados desde AP pueden ser solucionados por enfermería^{7,14}, y otros plantean que los profesionales de enfermería deberían ser la puerta de entrada normalizada en atención primaria⁸.

Constatamos en nuestros resultados que enfermería aparece en mayor medida como nivel idóneo de atención conforme aumenta la edad de los pacientes. Los cambios en la percepción de salud que se han producido en nuestra sociedad, con un aumento en las expectativas y el cambio de actitud en relación con la salud, han llevado a un mayor uso de las consultas por las personas mayores. En muchas ocasiones, como refleja nuestro estudio, por motivos menores que pueden ser resueltos por enfermería. Las enfermeras, por su perfil profesional y un rol basado en cuidados, están bien posicionadas para atender este tipo de motivos, para

Tabla 4 Nivel idóneo de atención según edad con su intervalo de confianza al 95%

Edad	Nivel idóneo			
	Médico	Enfermería	AAC	Otros
14-40 años	82,3% (79,3-84,9)	10,7% (8,6-13,1)	3,7% (2,4-5,2)	3,3% (2,1-4,8)
40-65 años	81,4% (79,1-83,4)	12,6% (10,8-14,5)	3,4% (2,5-4,6)	2,6% (1,8-3,6)
> 65 años	79% (76,6-81,1)	15,2% (13,1-17,2)	1,8% (1,1-2,7)	4,1% (3,1-5,3)

los cuales indicarían además menos tratamientos farmacológicos.

Nos llama la atención que, si bien es un motivo de queja constante por interrumpir la consulta, hasta en un 70,8% de las consultas telefónicas se consideró que el nivel idóneo era el médico. Ello nos plantea la reflexión de que el teléfono debiera convertirse en aliado en lugar de enemigo del quehacer diario, siempre y cuando sepamos integrarlo en la agenda.

Coincidimos con Casajuana⁶ cuando afirma que debemos «dejar de hacer para poder hacer», en el sentido de que es necesaria una adecuación de las tareas de cada profesional (medicina, enfermería y AAC) para que cada problema sea resuelto en el nivel que sea mejor y más sencillo para el paciente y el conjunto del EAP¹, lo cual implica una modificación de los circuitos internos, adaptándolos a una atención centrada en las necesidades del usuario, y una clarificación de las tareas y responsabilidades de todos los miembros del EAP^{15,16}.

Concluimos con una cita de Ivan Illich¹⁷ que afirmaba: «La obsesión de la salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante [...] ha llegado el momento de quitar de las manos del médico la jeringa, como se quitó la pluma de las manos del escriba durante la reforma. La mayoría de las enfermedades curables hoy en día se pueden diagnosticar y tratar por profanos. A la gente le resulta muy difícil aceptar esta declaración porque la complejidad del ritual médico les ha ocultado la simplicidad de sus instrumentos básicos [...]».

Lo conocido sobre el tema

- Existe un aumento incesante de la demanda en las consultas de AP.
- Las demandas burocráticas suponen un alto porcentaje de las consultas.
- La atención de las citas a demanda por parte de enfermería ha mostrado un elevado nivel de eficacia y satisfacción por parte de los pacientes.

Qué aporta este estudio

- Según los datos del estudio, uno de cada 5 motivos de consulta podría ser atendido por otro profesional distinto al médico.
- Una visión de la opinión que tienen los médicos de AP sobre quién debería atender las demandas del paciente.
- En el 65% de las consultas por enfermedad menor los médicos consideran que enfermería es el nivel idóneo para atenderlas.
- Uno de cada 5 motivos de consulta es burocrático, de los que el 60% no debería ser realizado por el médico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A M. Rosario Sanz Echave, auxiliar administrativo de la UD MFyC de Gipuzkoa, por su colaboración en la informatización de los datos del estudio.

Anexo 1. Miembros del grupo de investigación de la CGO

I. Aguirre Arratibel, J.L. Aguirrezabala Telleria, M. Alba Latorre, A. Aldanondo Gabilondo, M.A. Arrondo Beguiristain, C. Balmaseda Vildarraz, F.J. Dávila García, P. Daza Asumendi, P. Echavarrri Pérez, J.F. Egido Arroyo, R. Ganza-rain Gorosabel, F.J. Hernando Aizpurua, I. Idarreta Mendiola, E. Iñiguez Zubiaurre, A. Irastorza Etxeberria, M.I. Irizar Aramburu, M.A. Lopetegi Mendizabal, M.C. López Zúñiga, M. Luque Jimenez, X. Mitxelena Iparragirre, J. Mugica Campos, M.J. Oyarbide Mondaluce, P. Pacheco Bravo, M.L. Rodríguez Ibañez, E.M. Rua Portu, M.V. Ruiz Arzalluz, S. Sampietro Echaniz, R. San Vicente Blanco, M.A. Sarasola Izaguirre, V. Tapiz Ibañez, B. Uriondo San Juan, C. Zabaleta Elosegui.

Bibliografía

1. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de atención primaria. Barcelona: SemFYC Ediciones; 2008.
2. Bellón Saameño JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Atención primaria*. 2006;38:293-8.
3. Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillen V, Prieto Erades I, Rivera Montés MC, Martínez Cánovas P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria*. 2004;33:69-77.
4. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Jun-cosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de AP. *Aten Primaria*. 2003;31:227-33.
5. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García MI. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005;35:82-8.
6. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar hacer para poder hacer. *FMC*. 2005;12:579-81.
7. Grupo Técnico de mejora de Navarra. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; 2007.
8. Brugués A, Peris A, Martí L, Flores G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de atención de enfermería. *Aten Primaria*. 2008;40:378-91.
9. Brugués A. Un paciente, una visión y dos métodos. ¿Quién hace qué? *Aten Primaria*. 2008;40 Suppl 1:37-8.
10. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*. 2002;324:819-23.
11. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Aten Prima-ria*. 1998;21:489-98.
12. Palomo L. Cuando en Atención Primaria la rabia se transforme en virtud. *Semergen*. 2005;31:453-5.
13. Bellón Saameño JA. Desburocratización de las consultas, ¿hasta dónde? *Aten Primaria*. 2009;41:429-30.

14. Casajuana J. Médico, enfermera, equipo... ¿Un viaje a medio camino? *Aten Primaria*. 2008;40 Suppl 1:35-6.
15. Plataforma 10 Minutos. Los equipos de atención primaria, propuestas de mejora. *El Médico Noticias*, 26 de octubre de 2006.
16. Álvarez Montero S, López Rodríguez I, Gutiérrez Sordo P, Luaces Gayán A, Fernández Peña MA, De Prada Rodríguez MA. Bioética de la gestión del tiempo: ¿tiene sentido lo que hago en consulta? *Aten Primaria*. 2004;41:524-5.
17. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde Diplomatique*, marzo de 1999. p. 28. Disponible en: <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>.

COMENTARIO EDITORIAL

Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria

Health care pressure and redistribution of tasks: an opportunity to improve Primary Care

Siro Lleras Muñoz

Servicio de Programas Asistenciales, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

La frecuentación de las consultas de atención primaria es un fenómeno multicausal influido por el entorno social, las organizaciones sanitarias y los profesionales. Se ha analizado el impacto de los factores socioeconómicos¹ en la frecuentación de las consultas de medicina de familia y resulta evidente la influencia que la cultura consumista y la medicalización de la sociedad, heredera a su vez del modelo biomédico hegemónico, ejercen sobre la utilización de los servicios. Así, una proporción no despreciable de demandas se relacionan con situaciones de malestar o con problemas laborales, sociales o personales que tradicionalmente quedaban confinadas a la responsabilidad personal o a la intimidad del hogar. No obstante, la influencia de los factores relacionados con el profesional y la organización pueden llegar a explicar más del 50% de la variabilidad en la utilización de las consultas de atención primaria², lo que pone de manifiesto así mismo las posibilidades reales de intervenir sobre la gestión de la demanda asistencial desde la propia organización.

El modelo de demanda caracterizado por una frecuentación y presión asistencial altas sigue siendo habitual en atención primaria y obliga a adoptar medidas de racionalización de la demanda. Un método excelente en este sentido es el emprendido por Millas et al en el artículo que comentamos³, que consiste en identificar el potencial de mejora en la redistribución de tareas, con la participación de enfermería y las unidades administrativas, para corregir

el exceso de demanda que se canaliza exclusivamente en la consulta médica.

Este tipo de análisis cuantitativos y cualitativos de la demanda, que debe realizarse en cada centro o en centros con características similares, como reconocen los autores del artículo, es necesario para identificar áreas de mejora y adoptar medidas correctoras de gestión de la demanda asistencial. En el estudio referido, identifican un 19,5% de consultas (IC 95%: 18,3-20,7) por motivo no médico (que agrupa los síntomas menores y procesos autolimitados) y un 18,4% (IC 95%: 17,1-19,5) de consultas burocráticas, de las cuales un 60% no requieren ser realizadas por el médico. Según los datos del estudio, uno de cada 5 motivos de consulta podría ser atendido por otro profesional distinto al médico, incluida enfermería y personal administrativo.

Enfrentarse al problema del exceso de demanda requiere enfoques, como el descrito, que van a allá de las cifras y que valoran el perfil de riesgo de los pacientes y el beneficio o valor añadido que cabe esperar en su relación con el sistema sanitario⁴. De esta forma es posible identificar, no solo la hiperfrecuentación o sobreutilización, sino también la mala utilización, que nos sugiere además medidas concretas de mejora.

En atención primaria predomina un modelo asistencial en el que hay una puerta de entrada única y una misma respuesta organizativa para cualquier demanda asistencial (desde problemas autolimitados, mal definidos, procesos crónicos o agudos, demandas de información o procedimientos burocráticos, etc.). Las modalidades de consulta ofrecen un modelo monolítico, con una escasa utilización de las consultas telefónicas o virtuales.

Véase contenido relacionado en DOI:

10.1016/j.aprim.2010.09.021

Correo electrónico: slleras@saludcastillayleon.es