



Demanda asistencial en Pediatría de Atención Primaria: Claves para la reflexión.

Juan Bravo Acuña.

Pediatra de Atención Primaria.
C. S. El Greco. Getafe. Madrid.

Esquema

- ¿En qué consiste ser pediatra de Atención Primaria?
- ¿Cómo se puede organizar el trabajo?
- ¿Cómo se organiza la demanda para atender lo mejor posible a la población y poder disponer del tiempo necesario para el resto de las actividades?
- ¿Cuál es la situación actual en la consulta?
- ¿Qué se puede hacer para controlar la demanda?
- ¿Es posible mejorar la gestión del tiempo de consulta?

Demanda asistencial en Pediatría de Atención Primaria:

Claves para la reflexión.

Al abordar la demanda asistencial en las consultas de pediatría es mucho más fácil hacerse preguntas que obtener respuestas.

La primera de las cuestiones es básica:

- ¿En qué consiste ser pediatra de Atención Primaria?

Si hacemos caso a una oferta de trabajo reciente, las competencias de un pediatra de Atención Primaria serían:

1. Competencias de orden clínico asistencial
2. Competencias de orden docente
3. Competencias de orden investigador
4. Competencias de actitud

Cada una de ellas con sus actividades correspondientes (anexo I).

Ante esta lista, un pediatra de a pie como yo, lo más probable es que se sienta agobiado y se plantee la siguiente pregunta:

- ¿Cómo se puede organizar el trabajo?

La respuesta, en teoría, es sencilla, planificando todas esas actividades día a día, de manera semanal, mensual y anual, según el caso, de modo que pueda disponer de tiempo para: formación, docencia, investigación, organización y, por supuesto, para la atención a la población, que no debemos olvidar, es nuestra principal función. Por supuesto, aquí surge otra pregunta:

- ¿Cómo se organiza la demanda para atender lo mejor posible a la población y poder disponer del tiempo necesario para el resto de las actividades?

Aunque en la demanda asistencial en Atención Primaria intervienen muchos factores y en ocasiones nos parezca imposible controlarla, está demostrado que hay aspectos de la misma sobre los que podemos intervenir, tanto de manera individual como a través de la organización del equipo de Atención Primaria. En pediatría, como hablaremos más adelante, cualquier intervención sobre la demanda debe tener en cuenta a los profesionales que más relación tienen con el pediatra -y con su agenda-, o sea, la enfermería –pediátrica a ser posible- y el personal administrativo que gestiona las citas.

Llegados a este punto, es difícil poder plantear ninguna modificación en la gestión de la demanda si no conocemos la situación de partida. Por eso, conviene preguntarse:

- ¿Cuál es la situación actual en la consulta?

Parece necesario conocer algunos datos básicos como:

1. **Población adscrita.** La ley menciona un límite de 1.250-1.500 niños por cupo, ampliable en un 20%, o sea hasta 1.800, pero los documentos de consenso de las sociedades científicas y de los sindicatos proponen cupos menores de 1.000 niños. Está demostrado que a mayor población mayor presión asistencial (personas atendidas/día), aunque la reducción de los cupos, en ocasiones, no va seguida de una disminución de esa presión.
2. **Población real.** Es un problema común en pediatría que la población adscrita con tarjeta sanitaria individual (TSI) sea menor que la realmente atendida.



3. **Distribución por edad de la población – pirámide de población.** En especial, el número de niños menor de 2-3 años que es el que acude con más frecuencia a las consultas de pediatría.
4. **Número de recién nacidos que se incorpora al cupo anualmente.** Se estima que debería ser menor de 70 y que no debería haber cupos con más de 100 recién nacidos al año.
5. **Presión asistencial.** Número de niños atendidos al día. Deberían compararse los diferentes días de la semana y diferentes épocas del año.
6. **Cobertura.** Porcentaje de la población atendida en un período determinado, habitualmente un año.
7. **Frecuentación.** Media de visitas por niño en un periodo determinado, habitualmente un año.

Estos datos, aunque parezca difícil de creer, no suelen estar a disposición de los profesionales de manera habitual, sino que tenemos que ir recolectándolos de aquí y de allá. A pesar de que la informatización de los centros de Atención Primaria ha facilitado muchos aspectos de la organización, incluida la citación, en general, la explotación de datos sigue siendo una asignatura pendiente de la mayoría de los sistemas de información.

Una vez analizada la información estaremos en disposición de poder intervenir sobre la demanda. Pero...

- ¿Qué se puede hacer para controlar la demanda?

Ante el «descontrol» que significa atender la demanda asistencial de la población, la estrategia que mejor funciona es la organización del equipo de Atención Primaria. A continuación exponemos, con ejemplos concretos, algunos aspectos del funcionamiento de nuestro equipo por si pueden ser útiles o, por lo menos, servir para iniciar el debate sobre este asunto tan controvertido.

En nuestro equipo adoptamos los principios de lo que se ha venido llamando Agenda de Calidad en Atención Primaria, que intenta que toda la demanda sea atendida, gracias a su flexibilidad que debería permitir incluso atender sin graves contratiempos a los pacientes sin cita previa, pero que está orientada a conseguir que todo se pueda resolver en una única visita y, siempre que se pueda, en una cita concertada previamente.

Los principios que rigen el manejo de las agendas en el centro podrían resumirse en:

1. **Se deben crear agendas para todo aquello que sea «agendable».**

No sólo tienen agenda los profesionales sanitarios, sino que también pueden tenerla las salas, las técnicas e incluso los aparatos.

2. **Las agendas de los profesionales deben ser realistas.**

Deben ajustarse a la demanda real que atienden.

3. **Se deben evitar fallos en la organización de los circuitos de citación.**

O sea, ponerse en el lugar del paciente.

Como todos sabemos, en cada centro de salud se gestiona un número enorme de citas, lo que, sin duda, favorece los errores, que luego interfieren con la consulta. Para disminuir esos errores y hacer una gestión eficaz de la citación empleamos unas reglas que son pocas, claras y comunes para la mayoría de las agendas.

4. **Sólo existen 2 tipos de cita:**

1. **Espontánea:** el paciente por propia iniciativa o inducido por los profesionales solicita una cita.

2. **Concertada:** el paciente sale del centro de salud con una o varias citas.

5. **No existen bloques de concertada/espontánea,** sino huecos de períodos variables según las agendas para poder citar, de modo que aquellos profesionales con mayor presión asistencial tienen más huecos en sus agendas pero de períodos de tiempo menores.

6. **Concertar todo lo concertable, pero no concertar más que lo necesario.** Siempre que lo necesite, el paciente debe salir citado del centro, a ser posible desde la consulta del profesional.

7. **Es posible controlar el porcentaje de consulta dedicado a cada tipo de cita, concertada o espontánea,** para cada agenda que puede ser diferente para cada día de la semana, por ejemplo el lunes y el viernes más espontánea y de martes a jueves algo menos y más concertada.

8. **Los huecos de las agendas pueden utilizar un código de colores para diferenciar situaciones.** Este código debe ser igual para todas las agendas del centro, entre otros motivos, para facilitar la cita.

9. **Es posible citar a los pacientes en las agendas y elegir un tipo de actividad** que lleva aparejado el número de huecos (tiempo) que se le reserva e información para el profesional que le va a atender.

En nuestro equipo no hemos realizado ninguna intervención sistemática para el control de la demanda, pero sí trabajamos día a día para dar soluciones a los problemas que se nos plantean, revisando su eficacia. En esa búsqueda de soluciones hemos encontrado algunas que sí que han funcionado y otras que no.



- Medidas útiles

Entre las medidas que nos resultan útiles destacamos:

Citas múltiples. Es posible citar a la vez en 2 ó 3 agendas, lo que agiliza la citación y hace más fácil concertar varias citas para una persona el mismo día.

Derivaciones internas. Cada derivación a otro profesional, especialmente de enfermería a pediatría y viceversa, se registra. Es la única manera de conocer la verdadera carga asistencial.

Consultas conjuntas con enfermería pediátrica. No todas las revisiones del niño sano son conjuntas, pero en las que lo son, la cita es simultánea en ambas consultas y el niño y la familia entran en la consulta de enfermería. Es el pediatra el que se desplaza. Requiere coordinación y un respeto exquisito por el trabajo de enfermería.

Consulta telefónica. ¡Una bendición! Se trata de una verdadera cita, por tanto, puede ser espontánea o concertada. Las llamadas sólo se pasan directamente a los profesionales si son urgencias, las demás se citan en la agenda y es el profesional el que se pone en contacto telefónico con la familia. Requiere línea telefónica de salida en la consulta y anotar en el momento de la cita el número teléfono de la persona que solicita la cita.

Desburocratización. Utilización de recetas a demanda o crónicas que pueden ser recogidas en el mostrador, lo mismo que informes, volantes, etc. que no precisen una visita.

Control de los procesos más prevalentes. Los 2 motivos de consulta que más visitas nos ocupan son las actividades preventivas y las infecciones respiratorias de vías altas, por lo que pequeñas modificaciones a la baja de las visitas por estos motivos pueden redundar en una disminución de la demanda.

- Medidas poco útiles

Entre las medidas que, al menos por el momento, no han funcionado podemos mencionar:

- Cita de niño nuevo, conjunta con enfermería, en el mismo momento de la tramitación de la TSI.
- Acto NOPE: «No Puede Esperar», para citar a personas con una demanda indemorable, no urgente, en agendas llenas.

Es nuestra experiencia y es lo que queríamos contar por si es útil.

Pero, tanto si hemos conseguido controlar la demanda y hacer hueco al resto de las actividades que mencionábamos al principio, como si aún no lo hemos conseguido, siempre debemos plantearnos cómo mejorar la gestión de nuestro tiempo, especialmente el dedicado a la consulta. Por eso, podemos preguntarnos:

- ¿Es posible mejorar la gestión del tiempo de consulta?

La respuesta es claramente afirmativa. Aunque los métodos pueden ser variados, por ejemplo mejorando las habilidades de comunicación o de entrevista clínica, nosotros aportamos nuestro granito de arena al proponer que los profesionales podamos tener a mano la mayor parte de la información útil para la consulta, a través de una página web del centro de salud que sirva de Centro de Gestión de la Información. Por supuesto, en otros casos las soluciones pueden ser diferentes.

¿Por qué una página web?

Hoy en día, todos empleamos Internet y estamos familiarizados con el uso del correo electrónico. Además, disponemos de acceso a las páginas de las redes internas de nuestros servicios autonómicos de salud o de nuestras gerencias (intranet). Incluso, algunos centros de salud tienen su propia página web en Internet. Pero a lo que nos referimos con una página web del centro de salud como Centro de Gestión de la Información es a una web accesible exclusivamente desde el propio centro en la que, a uno o 2 clics de ratón, disponemos de casi toda la información que necesitamos para agilizar nuestra consulta, como por ejemplo:

1. Hojas informativas para padres y para pacientes.
2. Documentación científica sobre temas de consulta frecuentes, o sea, un «chuletario».
3. Listín de interfonos del centro.
4. Directorio de teléfonos útiles.
5. Procedimientos administrativos habituales:
6. Derivaciones, las reglas de la citación y las agendas, etc.
7. Directorios de enlaces a páginas web de interés para pacientes y profesionales.
8. Tablas, calculadoras y otras herramientas útiles.

Conclusiones

Todos los pediatras que trabajamos en Atención Primaria deberíamos intentar organizar nuestras consultas para poder realizar la mayoría de las actividades que nos competen, gestionando, en la medida de nuestras posibilidades, la demanda asistencial y el tiempo de consulta, apoyándonos para ello en el equipo de Atención Primaria.

Ante el «descontrol» de la demanda lo mejor es: organización, organización y organización.



Bibliografía

- o Bellón Saameño JA. Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria. SEMERGEN. 2004; 30 (Supl 1): 17-19. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13066280>
- o C. S. Greco [Internet]. Merino Moína M, Bravo Acuña J, García Glez N. Gestión de la información en un centro de salud desde una página web. [acceso 15 de febrero de 2005]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/greco/PDFs/TallerWEB.pdf>
- o Federación de asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria [Internet]. Mediavilla Herrera I, Cortés Rubio JA. Gestión de la demanda y de la agenda médica en Atención Primaria [acceso 15 de febrero de 2005]. Disponible en: <http://www.faecap.com/archivo/2005/10/19/gestion-de-la-demanda-y-de-la-agenda-medica-en-atencion-primaria/>
- o Grupo de trabajo de temas profesionales de AEPap. Propuesta de mínimos exigibles para una consulta de calidad en pediatría de atención primaria. 2003 - [acceso 15 de febrero de 2005]. Disponible en: <http://www.aepap.org/profesional/calidad.pdf>. Acceso 15/02/2007.
- o Peris Grao A, Brugués Brugués A. ¿Cómo organizar la consulta del médico de familia? En: Espinàs Boquet J, coordinador. Guía de actuación en atención primaria. 3ª edición. Barcelona: Semfyc ediciones; 2006. p. 1.199-1.203.
- o Ruiz Téllez A. La organización de un equipo de Atención Primaria. Centro de salud 1999; 7:592-606.

Anexo 1. Competencias del pediatra de Atención Primaria

FACULTATIVO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	
PUESTO DE TRABAJO	
CATEGORÍA PROFESIONAL	Facultativo Especialista
GRUPO PROFESIONAL	A
REQUISITO ACCESO	Poseer el título de Médico Especialista en Pediatría.
COMPETENCIAS Y MISIONES MÁS RELEVANTES DE ORDEN CLÍNICO-ASISTENCIAL	<p>Conocimientos y experiencia en las siguientes materias:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Procesos de mejora continua en el Centro de Atención Primaria y medición de calidad b) Consultas a demanda del usuario. c) Consultas de programas o concertadas. d) Consultas programadas de los pediatras. e) Consultas clínicas y administrativas. f) Atención domiciliaria. g) Urgencias en horario de consulta. <p>Conocimientos y experiencia en el Seguimiento de Salud Infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> h) Detección precoz de metabolopatías i) Vacunaciones infantiles j) Seguimiento de la salud infantil k) Salud escolar l) Actividad protocolizada. m) Medicina basada en la evidencia, eficiencia y calidad de los servicios prestados. n) Actividad reglada en los procesos de evaluación
COMPETENCIAS DE ORDEN DOCENTE	<ul style="list-style-type: none"> -Implicación en la formación de los recursos humanos del área. -Participación en la formación postgraduada -Contribución en las sesiones docentes hospitalaria. -Feed-back al servicio de las actividades de formación.
COMPETENCIAS DE ORDEN INVESTIGADOR	<ul style="list-style-type: none"> ● Metodología de la investigación clínica. ● Promoción y desarrollo de líneas de investigación aplicadas a los objetivos del área.
COMPETENCIAS DE ACTITUD	<ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad de comunicación y de trabajo en equipo. ● Capacidad de motivar e integrar al equipo terapéutico. ● Responsabilidad e implicación. ● Orientación hacia el usuario ● Iniciativa