

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 socioeconómicos<sup>1</sup> 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 primaria<sup>2</sup>, 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 comentamos<sup>3</sup>, 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 sanitario<sup>4</sup>. 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](mailto:slleras@saludcastillayleon.es)

Es preciso diversificar la oferta asistencial propiciando la prestación de los servicios por el profesional adecuado, incluido personal administrativo, enfermería y médicos de familia que, a su vez, podrían asumir el control de algunos procesos que actualmente se derivan al segundo nivel. En el caso de enfermería, se ha constatado<sup>5</sup> que la sustitución del médico por la enfermera en la atención de algunos procesos puede disminuir el coste, mejorando la satisfacción de los pacientes. Por otra parte, la atención por el personal de enfermería de las consultas a demanda, en procesos protocolizados, resuelve más del 60% de los casos<sup>6</sup> (lo que demuestra la potencialidad de la consulta de enfermería en la resolución de procesos agudos y no sólo en el seguimiento de crónicos).

Si además se ponen en marcha otras medidas como la desburocratización de las consultas, la gestión de las agendas, el uso de las nuevas tecnologías y el aumento de las consultas no presenciales, se consigue un impacto positivo en la satisfacción de los profesionales y de los pacientes y en la mejora de la calidad.

#### Puntos clave

- 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 y gestión de la demanda.
- Se deben realizar análisis cuantitativos y cualitativos de la demanda en los centros para identificar áreas de mejora y adoptar medidas correctoras.
- Hay un potencial de mejora en la participación del personal de enfermería en la atención a la demanda asistencial, bien mediante modelos de sustitución o de atención compartida, obteniendo un servicio efectivo y satisfactorio para los pacientes.

#### Bibliografía

1. García Pérez MA, Martín Moreno V, Ramírez Puerta D, González Martínez Y, Hidalgo Vicario MI, Escribano Ceruelo E, et al. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gac Sanit.* 2007;21:219-26.
2. Martínez-Cañavate T, Bellón JA, Delgado A, Luna JD, López LA, Lardelli P. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y la organización. *Aten Primaria.* 2004;34:137-8.
3. Millas Ros J, Otegui Recio A, Pérez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria.* 2011;43:516-22.
4. Sarría Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en atención primaria: un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria.* 2005;36:471.
5. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004;CD001271, doi:10.1002/14651858.CD001271.pub2.
6. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca T, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria.* 2008;40:387-91.