



## EDITORIAL semFYC

## La gestión de la demanda por parte de enfermería



## The management of demand by nurses

La gestión y organización de la actividad ha estado muy presente en múltiples debates dentro de nuestra organización. La gestión de la demanda, de la frecuentación, de la presión asistencial, la burocracia de «baja utilidad clínica», la gestión de la consulta, de los circuitos asistenciales y de las agendas<sup>1-4</sup>, han sido protagonistas de múltiples encuentros y desencuentros. Y la resolución de estos temas no son tarea ni función exclusiva de los médicos de familia. El interés de resolver estos aspectos está muy vinculado con el evidente impacto de la atención primaria en los objetivos del sistema<sup>5</sup>. Si un sistema sanitario quiere ser eficiente tiene que tener eficacia de nivel, es decir que los problemas que puedan resolverse en el primer nivel sanitario debe ser resueltos allí. Por esta razón, en todas las comparaciones internacionales los sistemas que pivotan sobre la atención primaria son los más equitativos, efectivos y eficientes, y de ello ya hay muchas evidencias publicadas<sup>6</sup>.

Y esto que es válido para la atención primaria con relación al sistema, también lo es para nuestra propia organización interna. Si un problema puede ser resuelto por el administrativo no debe pasar a la enfermera ni al médico, si un problema puede ser resuelto por enfermería no debe pasar al médico. Para que esta resolutivez se produzca, debe pivotar sobre 2 elementos clave: la accesibilidad organizativa y la competencia profesional. El impacto que hemos tenido sobre los indicadores de morbimortalidad evitable, imputable a la atención primaria ha tenido mucho que ver con la mejora extraordinaria de la competencia de los profesionales de atención primaria<sup>5</sup>. Seguir mejorando nuestra eficacia de nivel conlleva que las tareas internas estén adaptadas a los perfiles profesionales de cada profesional. Es decir, la burocracia de «baja utilidad clínica» debe ser, o no realizada o realizada, si es pertinente, por los administrativos del equipo de atención primaria. La actividad de asistencia a problemas frecuentes y de bajo riesgo clínico, parte de la actividad preventiva (de prevención primaria, secundaria, terciaria y «cuaternaria») y el control de los procesos crónicos (en consulta y a domicilio), deben ser atendidos por enfermería. La cualificación de la enfermería ha mejorado también espectacularmente y tenemos desde

hace algunos años la especialidad de enfermería familiar y comunitaria<sup>7</sup>, cuya incorporación a los equipos está siendo excesivamente tímida cuando no inexistente, mientras se mantienen concursos de traslados de enfermería a atención primaria desde el hospital, asumiendo que la cualificación de una enfermera hospitalaria es válida para el primer nivel sanitario. Uno de los hechos que ha mejorado y que forma parte de los criterios de calidad de la atención primaria es que la debe desarrollar un determinado tipo de médico y yo creo que también un determinado tipo de enfermera y un determinado tipo de administrativo con formación especializada/específica.

También debemos considerar que las premisas organizativas que más impacto tienen sobre los objetivos son la globalidad y la longitudinalidad<sup>7</sup>. Pero nuestra propia atención primaria no es homogénea en nuestro sistema. Las formas de organizarnos han sido múltiples y no hay ninguna fórmula organizativa que no tenga sus claroscuros. Atendiendo al criterio de «atención dispensarizada», entendida como solo respuesta a la demanda versus atención longitudinal y global, observamos básicamente 4 modelos de organización de la atención entre los profesionales sanitarios y no sanitarios.

Si médicos, enfermeras y administrativos proporcionan atención dispensarizada, es decir solo respuesta a la demanda, tenemos los modelos de rebosamiento, la atención de los profesionales de área, las acumulaciones... Son modelos complementarios, pero con importantes «efectos secundarios».

Si el médico de familia proporciona atención globalizada y longitudinal, pero la enfermería y el personal administrativo proporcionan atención dispensarizada, estamos en el modelo de equipo de atención de las Entidades de Base Asociativa (EBA) catalanas<sup>8</sup>.

Si estamos en un modelo de atención primaria en las que tanto personal médico y de enfermería proporcionan atención global y longitudinal, pero los administrativos proporcionan atención dispensarizada, estamos ante el modelo de miniequipo médico-enfermera más extendido en nuestro país.

Y si los médicos de familia, las enfermeras y los administrativos proporcionan atención global y longitudinal, estamos ante las «unidades de atención familiar» (UAF), que están presentes en algunos centros de salud, sobre todo en Andalucía<sup>9</sup>.

Evidentemente todos tienen ventajas e inconvenientes, pero habida cuenta del impacto de la longitudinalidad y la globalidad sobre los resultados, parecen poder tener mayor posibilidad de efectividad, equidad y eficiencia los modelos basados en la atención global y longitudinal de médicos, enfermeras y administrativos, con atención a listas definidas de personas, pero probablemente menor satisfacción de los médicos que en modelos donde la dispensarización de enfermería permite el ajuste de plantillas y mejores salarios para los médicos.

Las consultas a demanda según su tipo deben ser atendidas por administrativos, enfermeras y médicos. Las agendas de médicos y enfermeras deben ser abiertas y gestionadas por los propios profesionales, con tramos de consulta a demanda, con horarios y espacios físicos compatibles, con tramos de consultas concertadas tanto en centro como a domicilio, con tramos para la atención telefónica y *online*. Las consultas no demorables deben ser valoradas inicialmente por los administrativos que conocen el cupo y si el tema es administrativo intentan resolverlo, y si es clínico lo derivan a enfermería o al médico según el tipo de demanda, que debería estar previamente protocolizada y consensuada.

Los administrativos adscritos a uno o 2 cupos ejercen como secretaría personalizada y ofertan atención directa porque trabajan con una lista de personas conocidas, y pueden atender todas las actividades administrativas (gestión de citas, documentación administrativa, resolución de consultas administrativas, recuerdos para actividades pendientes, ...) y actividades burocráticas de baja utilidad clínica (partes de asistencia, tramitación de informes varios, recogida de partes de incapacidad, ...).

Este modelo precisa formación para disminuir la variabilidad entre profesionales del mismo nivel. Las guías de práctica clínica, basadas en la mejor evidencia, compartidas y consensuadas, pueden convertirse en herramientas claves, así como todas las actividades de promoción que favorezcan y desarrollen la información de los pacientes y potencien la figura de «paciente experto». Precisa comunicación entre el equipo médico —enfermera— administrativos ágil con organización de tiempos y espacios que lo faciliten.

Esto nos lleva, también, a hablar sobre las funciones de médicos y de enfermeras. Especialmente por el debate abierto sobre prescripción enfermera y la incorporación en los programas formativos aprobados, de aspectos como son el diagnóstico y el tratamiento enfermero<sup>6</sup>. Hasta ahora el marco legal definía las actividades de diagnóstico y tratamiento como exclusivas del médico. Pero en estos momentos, el tema ha cambiado<sup>10</sup> y, aunque hay múltiples reticencias y amplia resistencia al cambio, deberíamos investigar su impacto sobre la efectividad, eficiencia, equidad, viabilidad (satisfacción de los usuarios y competencia de los profesionales) y sobre la seguridad. Y deberíamos analizar de forma pausada qué contenido tiene este diagnóstico y tratamiento-enfermero e incorporarlo como oportunidad

para mejorar nuestra propia eficacia de nivel y la de nuestro equipo. Empiezan a publicarse artículos que demuestran que puede merecer la pena reorganizarnos<sup>11,12</sup>. De la misma manera que se han trasladado a atención primaria aspectos que antes eran exclusivamente hospitalarios (cirugía menor, ecografía, cuidados paliativos, seguimiento de anticonceptivos, ...), parte de la actividad clínica frecuente de baja complejidad puede trasladarse a las consultas de enfermería. El proverbio de Esopo «la unión hace la fuerza y la discordia debilita» es especialmente cierta para muchas coyunturas y también lo es para nuestros equipos de atención primaria.

## Bibliografía

1. Bellón Saameño JA. ¿Cómo entender y manejar el exceso de presión en Atención Primaria? Consideraciones prácticas. Cuadernos de gestión. 1997;3:108–29.
2. Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. Formación Médica Continuada. 2005;12:579–81.
3. Documentos semFYC n.º 25. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2008.
4. Documentos semFYC n.º 33. «no hacer». Barcelona; semFYC ediciones; 2015.
5. Kringos DE, Boerma W, Hutchison A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO; 2015.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83:457–502.
7. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE n.º 157 de 29 de junio de 2010. p. 57217-57250.
8. Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Rev Adm Sanit. 2005;3: 73–81.
9. Arribas Mir L. La organización del centro de salud ¿Cómo trabajar mejor? Foro de Debate. Gestión clínica 2-0. Nuevas perspectivas para una nueva década. Escuela Andaluza de salud Pública. 2009. Disponible en: <http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-3.-La-organizacion-del-centro-de-salud.-Como-trabajar-mejor-Arribas-L...pdf>.
10. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE n.º 306, de 23 de diciembre de 2015. p. 121483-121498.
11. Rashid C. Benefits and limitations of nurses taking on aspects of the clinical role of doctors in primary care: Integrative literature review. J Adv Nurs. 2010;66:1658–70.
12. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fabregas M, Sánchez C, García MJ, et al., PIPA Group. A randomized controlled trial of nurses vs doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. J Adv Nurs. 2013;69:2432–45.

Verónica Casado Vicente<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Docente y Universitario Parquesol, SACYL, Valladolid, España

<sup>b</sup> Unidad Docente Universitaria de Medicina de Familia y Comunitaria, Facultad de Medicina, Valladolid, España  
Correo electrónico: [veronica.casado@telefonica.net](mailto:veronica.casado@telefonica.net)