

DEMANDA ASISTENCIAL Y SISTEMAS DE ACCESO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Rafael Azagra Ledesma^{1/} Lucas Mengual Martínez^{1/} Silvia Calvet Junoy^{2/} Carmen de Castro Vila^{2/}
Consuelo Simón Muela^{2/} Carmen Medina Molina³

¹Unidad docente de Ciudad Badia.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Resumen

Con el objetivo de conocer las variaciones en la demanda asistencial en el Centro de Atención Primaria de Ciudad Badia se analizan los registros de actividad durante siete años de funcionamiento.

Los cambios sustanciales introducidos que pueden afectar al sistema de acceso de los usuarios al CAP han sido: creación de la visita concertada médica y de enfermería (VCE) -cita previa-, creación de la tarjeta de medicación crónica (TMC) y limitación de la visita espontánea (VE) con derivación a urgencias si lo precisan. Estos factores se asocian, durante el período estudiado, a una disminución al inicio, una estabilización posterior y finalmente un ligero ascenso de las visitas totales. La actividad concertada pasa del 5,3% en 1983 al 45,2% en 1989 y la VCE del 0,3% en 1986 al 9,5% en 1989, las visitas médicas de urgencias pasan del 3,4% al 8%.

Concluimos que las modificaciones consiguen un aumento de dedicación del personal sanitario a tareas sanitarias (preventivas y terapéuticas), mejor organización asistencial y mayor satisfacción de usuarios y profesionales sanitarios.

Palabras clave: Atención Primaria. Demanda asistencial. Cita previa.

THE DEMAND FOR MEDICAL CARE AND THE ACCESSIBILITY SYSTEM TO PRIMARY HEALTH CARE

Summary

The aim of the investigation was to assess variations in the demand for medical care in the primary care centre of Ciudad Badia (Barcelona, Spain). The records of attendance were analysed over a period of seven years.

During this period, some changes were made which affected the way the centre was used by patients, such as the creation of systems which required notice of medical and nursing appointments, the reduction of spontaneous attendance, and the introduction of a card for medication for the chronically sick. These changes were accompanied initially by a decrease, then a stabilisation, and afterwards a slight increase in total number of visits.

All visits (with notice) rose from 5.3% in 1983 to 45.2% in 1989. Similarly, nursing visits (with notice) increased from 4% to 9.5% of total activity. Emergency visits in the same period rose from 3.4% to 8%.

It is concluded that the changes that were introduced raised the level of commitment of the staff to medical work-both preventive and therapeutic, as well as the improvement of the organisation of attendance at the centre and a higher satisfaction of users of the centre and the medical staff.

Key words: Primary care. Demand for attendance. Appointments with notice.

Introducción

Una de las características que definen a la Atención Primaria de cualquier país desarrollado o subdesarrollado, según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), es la de ser el primer nivel del sistema sanitario de fácil acceso para los pacientes¹. En España desde la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) en 1942, la forma de acceso de los pacientes al primer nivel asistencial, se ha basado en el sistema de demanda de visita espontánea, es decir, que en el tiempo diario establecido² los pacientes acudían al Ambulatorio o Centro de Atención Primaria (CAP) y solicitaban ser visitados. Tras guardar su turno numérico, eran atendidos después de guardar largas colas y sufrir las conocidas aglomeraciones en las consultas. Este sistema de acceso, se ha perpetuado hasta nuestros días y junto a las deficiencias estructurales y conceptuales del primer nivel asistencial³, ha permitido la degradación del propio sistema

y la masificación tanto de las consultas en el nivel extrahospitalario como del hospitalario.

La actual Reforma de la Atención Primaria que se origina a raíz de la definición novedosa de la Atención Primaria por la OMS en la conferencia internacional de Alma-Ata en 1978⁴ y que se inicia en Catalunya a nivel normativo en 1985⁵ pretende, además de adecuar la nueva filosofía en Atención Primaria, implantar varias medidas para adecuar la actividad asistencial a unos niveles de calidad óptimos. Entre estas medidas destaca la creación de la visita programada y la cita previa como alternativa a la modalidad de visita espontánea. El Equipo de Atención Primaria (EAP) de Ciudad Badia inicia su actividad en octubre de 1982 para atender a una población de 21.552 habitantes y en él se intentó introducir de forma progresiva los nuevos postulados de la Atención Primaria.

Con el objetivo de analizar la evolución de la demanda asistencial en función de los progresivos cambios introducidos, surge el presente estudio descriptivo. El cambio funcional establecido y

Correspondencia: Rafael Azagra Ledesma. Centro de Atención Primaria de Ciudad Badia. Área de Gestión nº 7, Centro. Institut Català de la Salut. Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

Este artículo fue recibido el 17 de enero de 1991 y fue aceptado tras revisión el 23 de marzo de 1992.

Tabla 1. Definición de los tipos de visita

VE	Visita espontánea: visita médica solicitada por el usuario en el mismo día sin cita previa.
VCI	Visita concertada o cita previa del médico titular: visita médica solicitada con antelación, tanto a iniciativa del usuario como del personal sanitario.
VU	Visita de urgencias: visita médica de urgencias en horario de 9 a 17 horas.
VD	Visita domiciliaria: visita médica en el domicilio del paciente.
VCE	Visita concertada o cita previa de enfermería: visita solicitada con antelación, tanto a iniciativa del usuario como del personal sanitario.
VCR	Visita concertada o cita previa del médico residente: visita del médico residente solicitada con antelación a iniciativa del paciente o del personal sanitario.
ASA	Acto de soporte administrativo (incluye entrega de recetas autorizadas, partes de ILT autorizados y actos burocráticos). Éstos son realizados por el personal administrativo.

motivo de estudio se basa en la introducción de la visita concertada previamente (visita concertada o cita previa) que sustituye de forma parcial y paulatina al tradicional tipo de visita espontánea.

Material y métodos

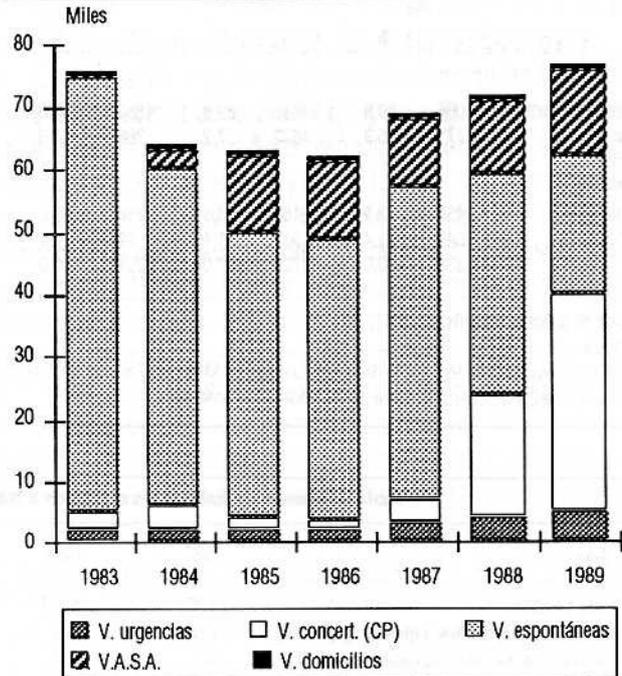
El centro de Atención Primaria (CAP) de Ciudad Badia se halla ubicado en el cinturón industrial de Barcelona. La población que atiende puede considerarse semiurbana y semicerrada con predominio de personas inmigradas de otras regiones de España. La pirámide poblacional es de tipo triangular de base amplia. Medicina General (MG) atiende a la población igual o mayor de 14 años y consta de nueve médicos y 11 enfermeras distribuidos en turnos de mañana y tarde. La visita espontánea y la concertada previamente se realiza cuatro días a la semana quedando el quinto día para la realización de visitas a los pacientes crónicos, las visitas urgentes y las visitas domiciliarias de pacientes agudos de todo el equipo.

En sus inicios el EAP atendía exclusivamente visitas espontáneas (VE) como forma de contener la excesiva demanda existente. A lo largo del año 1983 se introdujo la visita concertada (VC) o cita previa y manteniendo las VE sin limitaciones. En 1984 se instaura la tarjeta de medicación crónica (TMC), que permitía al usuario la recogida de medicación autorizada por el médico durante un período de tres meses, sin que fuera necesaria la visita médica en cada ocasión. Asimismo, se organizaron actividades de soporte administrativo (ASA) a las consultas médicas (partes de cobro y relleno de algunos impresos). A finales de 1986, enfermería inicia de forma progresiva su propia visita concertada (VCE) dentro del equipo básico médico-enfermera.

En enero de 1987 el CAP se convierte en Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) y se incorporan los médicos residentes de tercer año en el turno de mañana. A su vez, a partir de ese momento son los encargados de atender las visitas urgentes (VU) de 9 a 17 horas.

En 1988 se inicia un programa específico de actividad concertada, actualmente denominada cita previa, con los objetivos de potenciar las visitas concertadas y variar progresivamente los

Figura 1. Visitas totales y distribución de sus diferentes modalidades. Evolución 1983-89



CP: visitas con cita previa o concertadas con antelación.
V.A.S.A.: visitas o actos de soporte administrativo.

hábitos de los usuarios respecto a la solicitud de visita previa. Entre otros cambios sustanciales se limitó el número de VE (15 por cupo/día) y VC (20 por cupo/día) derivando los excedentes a su médico al día siguiente o bien al médico de guardia de nuestro servicio. El programa se inició sin disponer de teléfono para este fin, con la promesa de que sería resuelto en un breve espacio de tiempo. Por tanto, las solicitudes de visita concertada previamente, en todo el período analizado, se han realizado en el propio CAP sin ser posible la cita previa mediante llamada telefónica.

Se analizan siete años de actividad en el servicio de Medicina General desde 1983 a 1989. La fuente de los registros de actividad ha sido el ANACI, sistema de registro sistemático que informa de la actividad realizada por el personal sanitario, personal no sanitario y modalidades de visita (tabla 1), en donde la recogida de los datos es indirecta (a través de personal administrativo desde fuera de las consultas). Este sistema de registro es de carácter permanente y abarca a todas las consultas de nuestro sector sanitario. Es uno de los dos bancos de datos del sistema SIG-7⁶ (Sistema de información para la Gestión del Área 7). Los datos de población proceden de los correspondientes padrones municipales de habitantes, a partir de los cuales se calcula el índice de frecuentación anual a la visita concertada del médico.

Se estudió el perfil de concertación previa (tiempo que transcurre entre la petición de visita y el momento en que ésta se realiza) a partir del registro de las fechas en que se solicitaron las visitas realizadas durante los meses de febrero, junio y noviembre de 1989. Estos meses no están afectados por las vacaciones del personal del CAP.

Tabla 2. Distribución de las visitas y actos administrativos realizados y sus diferentes modalidades. Evolución 1983-89.

Tipo visita	1983		1984		1985		1986		1987		1988		1989	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A.S.A.	-	-	3360	5,2	12927	20,6	12481	20,4	11619	17,8	13091	18,3	13707	18,0
Espontáneas med-enf	64066	89,8	53616	82,8	43504	69,5	42862	70,3	46462	71,1	30678	43,0	21129	27,8
CP Titular	3771	5,3	4672	7,2	2866	4,6	1919	3,1	1252	1,9	16158	22,6	23285	30,6
CP R3 (mfc)	-	-	-	-	-	-	-	-	360	0,5	1827	2,6	3860	5,1
CP enfermería	-	-	-	-	-	-	205	0,3	1823	2,8	3608	5,0	7233	9,5
Urgencias	2459	3,4	2166	3,3	2383	3,8	2580	4,2	3115	4,7	5157	7,2	6059	8,0
Domicilios	1040	1,4	912	1,4	893	1,4	969	1,6	708	1,1	873	1,2	673	0,9
Totales	71336	100,0	64726	100,0	62573	100,0	61016	100,0	65339	100,0	71362	100,0	75946	100,0

A.S.A.: Actos de soporte administrativo.

CP: Cita previa.

R3 (mfc): Médico residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Med-enf: Visitas realizadas conjuntamente por el médico y la enfermera.

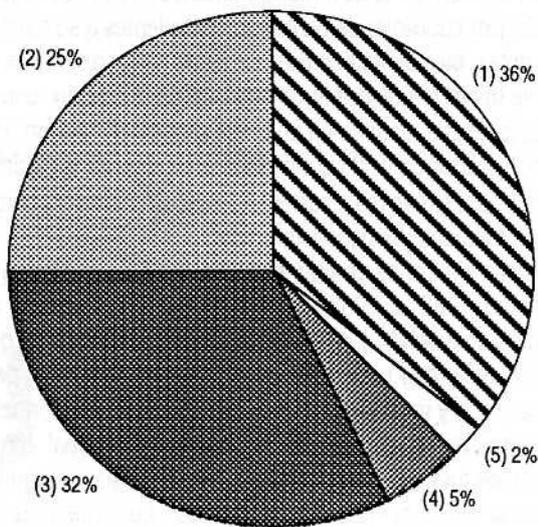
Tabla 3. Número de habitantes censados e índices de frecuentación. Evolución 1983-89.

Año	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
habitantes \geq de 14 años	13.992	14.267	14.316	14.588	14.903	15.305	15.382
Índice de frecuentación en medicina general: global (1)	5,1	4,5	4,4	4,2	4,4	4,7	4,9
Índice de frecuentación en medicina general: médico (2)	5,1	4,3	3,5	3,3	3,5	3,6	3,6

(1) Global: n° de visitas totales y año/ n° de habitantes.

(2) Médico: n° de visitas médico y año/ n° de habitantes.

Figura 2. Distribución de las solicitudes de visita médica con días de antelación



(1).- Visitas solicitadas el mismo día.

(2).- Visitas solicitadas el día anterior.

(3).- Visitas solicitadas entre 2 y 7 días de antelación.

(4).- Visitas solicitadas entre 8 y 15 días de antelación.

(5).- Visitas solicitadas entre 16 y 30 días de antelación.

estudiados, con incrementos medios anuales de 306 personas (DE 145). Las visitas totales que resultaron ser 71.336 en 1983, descienden progresivamente hasta 61.016 en 1986 y a partir de entonces inician un progresivo aumento hasta 75.946 en 1989 (tabla 2 y figura 1).

El porcentaje de visita concertada global (visita concertada con antelación o cita previa) pasa de ser un 5,3% en el año 1983 a casi la mitad del total de las visitas (45,2%) al final del período del estudio en 1989. En el caso concreto de la visita concertada de enfermería (VCE) presenta un aumento progresivo desde sus inicios en octubre de 1986 hasta el 9,5% del total de visitas en 1989. Igualmente la visita concertada de médico residente (VCR) aumenta progresivamente alcanzando el 5,1% en 1989 (tabla 2 y figura 1).

El índice de frecuentación médica, es decir, el número de visitas médicas por habitante y año fue de 5,1 en 1983 descendiendo progresivamente hasta el 3,3 en 1986 y a partir de entonces se mantiene estable. El índice de frecuentación global, que se refiere al total de visitas también presenta una disminución entre los años 1983 y 86, para incrementar posteriormente hasta situarse a 4,9 visitas por habitante, en el año 1989 (tabla 3).

En el perfil de concertación destaca que el 36% de las visitas se solicitan el mismo día de la visita y que el 57% se solicitan entre los dos y siete días anteriores a la visita (figura 2).

Resultados

La población igual o mayor de 14 años que atiende M.G. se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los siete años

Discusión

El escaso aumento del número de habitantes de la población igual o mayor de 14 años, es debido sobre todo al paso de la

población de edad pediátrica a población a cargo de medicina general y la falta de oferta de nuevas viviendas en la zona.

El aumento progresivo de las visitas totales que se produce a partir de 1987 sin que haya variaciones significativas en la población creemos que es debido, entre otros, a factores cualitativos, como son la introducción de la visita concertada de enfermería. Este tipo de visita permite el seguimiento de la prescripción de medicación crónica, potenciar la educación sanitaria especialmente en grupos de riesgo y colaborar en el programa de actividades preventivas.

Se obtiene un cambio significativo en la distribución de las visitas, dado que la actividad o actos sanitarios concertados previamente han pasado de ser un 5,2% en 1987 a un 45,2% en 1989. Esto ha permitido la previsión y organización de nuevas actividades por parte del EAP, como son el programa de actividades preventivas, el programa de detección de factores de riesgo y el de nutrición y dislipemias entre otros.

Los descensos sucesivos en el índice de frecuentación hasta 1986 (tabla 3) cabe atribuirlos entre otros, a la incorporación de la TMC, la instauración de medidas físico-higiénico-dietéticas en los procesos banales, la integración de la educación sanitaria individualizada en todas las actuaciones sanitarias posibles y la protocolización de actividades en las patologías crónicas más prevalentes sentidas y expresadas en nuestra población como son la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipemias. En nuestro caso significó, en un primer momento, cambiar hábitos en cuanto a la frecuentación médica en determinadas patologías. En 1986 la frecuentación médica por habitante y año era del 3,3, elevándose hasta un 13,68 en la población mayor de 65 años⁷. Al comparar los índices de frecuentación con otras poblaciones parecidas observamos que nuestros índices son sensiblemente inferiores en población total, superiores en la población mayor de 65 años⁸ y menor repetición de visitas⁹.

El índice de frecuentación médica se mantiene estable en los últimos tres años e inferior al período 1983-1986. El índice de frecuentación global aumenta a partir de 1987 al incorporarse la consulta propia de enfermería en el CAP.

El perfil de hábitos de concertación en la visita con cita previa (figura 2) es en nuestra opinión correcto y permite que el 36% de la oferta de visitas para cita previa esté libre en el día.

Como indicador negativo debemos considerar el aumento de las visitas urgentes que se observa a partir de 1987 (tabla 2). En nuestra opinión, tres son los factores que han influido de forma

significativa: la visita de enfermería (1986), la realización de VU por el residente de MFC (1987) con una motivación lógicamente diferente a la de los médicos titulares y a la limitación (15 visitas por cupo y día) a partir de 1988 de las visitas espontáneas sin cita previa. A pesar de ser significativo el aumento de las VU en 1988 y 1989 respecto a años anteriores (tabla 2), esto no es así si valoramos las visitas médicas respecto del total, que disminuyen en porcentaje a partir de 1986 y que, al limitarse las VE, el excedente se deriva hacia las VU. No obstante, hemos de considerar la existencia de otros factores difíciles de medir como son: falta de información de las normas de concertación en las personas poco frecuentadoras, falta de hábitos de previsión en una población habituada al tradicional sistema de demanda y el no poder realizar la concertación vía telefónica siendo ésta fundamental.

A pesar de que los registros de actividad, en los que se ha basado el presente trabajo, estén informatizados, pueden presentar problemas de fiabilidad, debido principalmente a los cambios de los profesionales responsables de dicho registro. Estos cambios pueden comportar interpretaciones diferentes de un mismo concepto. En nuestro caso ha supuesto no poder especificar la actividad sobre TMC de entre el total de actos de soporte administrativo (ASA) por no ser concordantes en el tiempo con otros registros o controles realizados.

Para completar la evaluación de un sistema de visitas, es necesario conocer la satisfacción de los usuarios. En el CAP de Ciudad Badia se dispone de encuestas realizadas por el propio centro con buenos resultados⁹, pero quizás sea más relevante una encuesta realizada por la Asociación de Vecinos que, a pesar de la lógica falta de rigor metodológico, muestra la satisfacción general que los ciudadanos de nuestra población tienen de los servicios del CAP. Asimismo, es de resaltar la satisfacción de los profesionales sanitarios con un sistema de visitas que ha permitido eliminar de forma clara las aglomeraciones en las salas de espera, mayor dedicación a labores sanitarias menos burocratizadas, así como una orientación progresiva del sistema de atención a demanda hacia un sistema de atención dirigido hacia las necesidades de salud de nuestra población con la inclusión, siguiendo recomendaciones internacionales¹⁰, de programas preventivos, detección de factores de riesgo y control protocolizado de las patologías crónicas, que esperamos repercutirán en la salud de nuestra comunidad de acuerdo a los postulados de la Reforma de la Atención Primaria.

Bibliografía

1. O.M.S. *La Medicina General. Informe del comité de expertos*. Ginebra: OMS, 1964. Serie de informes técnicos 267.
2. Reglamento General para el régimen de gobierno y servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. O.M. de 7 de Julio de 1972 (BOE de 19 de Julio de 1972).
3. Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans H, Vergés J. *La Sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa*. Barcelona: Avance, 1975.
4. WHO. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. Ginebra: WHO, 1978.
5. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 84/1985, de 21 de Març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya, DOGC núm. 527 de 10.4.85.
6. Portella E, Ferrús L, Casas JC, Cobos A. SIG/7, Sistema de información para la

planificación, gestión y evaluación de los servicios de Asistencia Primaria. *Libro de ponencias. I Jornadas sobre Optimización en los Servicios Sanitarios*. Barcelona: EADA, 1986; 359-70.

7. Bolívar B, Portella E, Ferrús L, Casas JC, Cobos A. Sistema de información para la gestión en Atención Primaria: el ANAC II. *Libro de ponencias. 2º Congreso nacional de salud pública y administración sanitaria*. Madrid: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria 1987; 217-8.

8. Unidad Docente de Fuencarral: Motivos de consulta en medicina general. *Bol Ind San* 1986; 3: 55-60.

9. Bolívar B, Ferrús J. El CAP de Ciutat Badia: 5 anys d'experiència. *Salut Catalunya* 1987; 1: 19-22.

10. Vuori H. Atención Primaria de Salud en Europa: Problemas y soluciones. *Atención Primaria* 1987; 4: 1-9.