UN DIA EN LA CONSULTA DE MDF DESPUÉS DE LA 3 OLA (entre la tercera y la quinta ola)

Al inicio de la pandemia por COVID-19, los centros de Atención Primaria (AP) se vieron obligados a hacer cambios en la organización para poder seguir proporcionando una adecuada atención a las personas.
Debido al riesgo de contagio se incorporaron cambios organizativos que limitaron el acceso a los centros, fomentando la atención no presencial, lo que dio lugar a un crecimiento notable de las consultas telefónicas y a la aparición de las consultas virtuales.
Las teleconsultas, en esos momentos, parecían la forma más segura de dar respuesta a las demandas y necesidades de la ciudadanía (1), actuando a la vez como mecanismo de filtraje en pro de la eficiencia. Este filtraje iba a permitir adecuar el tiempo de atención, evitar desplazamientos innecesarios, atender consultas de seguimiento o administrativas que no precisarán de presencialidad y redirigir las consultas al profesional del centro más indicado para resolverlas de la forma más eficiente, siguiendo el principio de subsidiariedad.
Los cambios organizativos que llegaron con la pandemia consiguieron mantener la continuidad asistencial (2) y desarrollar prácticas clínicas de valor y resolutivas, que ofrecían ventajas de cara al futuro de la práctica clínica en AP. Se iba a tener que hacer más con menos, una oportunidad para abordar el desafío de "demasiada medicina", priorizando las intervenciones que han demostrado eficacia y beneficios concretos para los pacientes y ayudar a mejorar tanto la sostenibilidad como la equidad en la atención médica (3). Y dejar de hacer de una vez, lo que no deberíamos haber hecho nunca para poder hacer lo que ha demostrado obtener resultados (4-5).
Así pues la AP se reinventó para seguir siendo accesible a la población y, mientras las noticias en los medios repetían que los centros estaban cerrados, se producía un considerable crecimiento en el número de consultas en todo el país.
Según datos del portal del ministerio de sanidad (6) en 2020 en AP se realizaron unas 15.255.000 consultas más que en 2019. Los médicos de familia hicieron unos 14 millones de visitas más (203.728.929 en el 2019 y 218.357.311 en 2020), un incremento del 7,2%.
No hay datos aún del 2021 a nivel nacional, pero si los tenemos de algunas comunidades autónomas como Andalucía y Catalunya que muestran crecimientos en la demanda de más del 30% en el 2021 respecto al 2019.
Según el sistema informático de AP del Institut Català de la Salut (ICS) (Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP)), se realizaron 32,3 millones de visitas de Enero-Agosto del 2021, un aumento del 32.94% (casi 8M de visitas) del total de visitas respecto al mismo periodo del 2019. En este periodo disminuyeron 26.4% (5 M) las visitas presenciales y aumentaron un 424,76% (9.8 M) las visitas telefónicas y un 208.5% (1.36M) las e-consultas (datos no publicados)
En Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud, ha notificado un incremento del 36% de las citas durante el primer semestre del año 2021 respecto a 2019 (47.014.086 citas en 2021 y 34.367.691 en 2019)(7-8).

A finales de mayo-principios de junio, finalizando la 3 ola de la pandemia, en los medios se seguía diciendo que había centros cerrados (9-10) y parte de la sociedad se manifestaba molesta y convencida de que en AP no se visitaba. Por el contrario en los centros de salud percibíamos un importante incremento en el número de

consultas - sensación que parecen confirmar los datos de Catalunya y de Andalucía-, especialmente de las consultas por motivos no clínicos, entre estas un porcentaje considerable de poco valor. Por otro lado, estábamos atendiendo pacientes más complejos, con numerosos motivos de consulta por visita y que necesitaban un mayor tiempo de atención.
Por estos motivos, decidimos realizar una encuesta para conocer el número y tipo de visitas y los motivos de consulta que se atendían en un día del mes de junio 2021, al final de la tercera ola de la pandemia, identificar ejemplos de visitas de poco valor y recoger comentarios de los encuestados.

Se realizó una encuesta ad hoc, telemática, que cumplimentaron los miembros de la Junta Directiva y miembros de los grupos de trabajo de la semFYC. Las preguntas de la encuesta se recogen en la tabla 1.
Se definió como motivos organizativos aquellos que llegan a la consulta del MdF que puede resolver otro miembro del equipo de forma más costo-eficiente (ej. Curas, vacunas, solicitud de programación de exploraciones de segundo nivel, solicitud de citas para otros profesionales del centro…)
Se definió como pérdida de continuidad asistencial aquellos motivos que son consecuencia de la pérdida de seguimiento de consultas externas, por ejemplo recetas al alta o de consultas externas que no se realizaron y generan visitas redundantes en AP y/o repetición de volantes, ambulancias, exploraciones complementarias… por visitas anuladas.
Se definió como visita de poco valor aquella que puede resolverse de forma más eficiente por otros miembros del equipo de salud o incluso fuera del sistema sanitario.

RESULTADOS

Se obtuvieron 172 respuestas de los miembros de las 17 sociedades federadas (figura 1).
El número de visitas que se estaban atendiendo en la fase valle después de la tercera ola, era de 43 de media (rango de 24 a 65), con una gran variabilidad entre encuestados dentro de una misma comunidad autónoma. (Tabla 2)

El 57% de los médicos de familia atendía más de 30 visitas al día, el 30% más de 40 y el 13,4% más de 50.

Se realizaba triaje en menos de 50% de los centros (figura 2). En los que sí, el 79% lo realizaba la unidad administrativa y en el 48 % enfermería. Considerando el total de centros el triaje lo realizaba enfermería en el 23,86% y el personal administrativo en el 39.56% (figura 3). El triaje por CCAA se resume en la tabla 3.
Comparando el número total de visitas entre los centros que tienen o no triaje, la media de visitas es de 41,3 (ds 8,42) y 44,5 (ds 9,27) respectivamente, diferencia estadísticamente significativa (tabla 3)

Menos de la mitad contaron con ayuda de rastreadores/gestores COVID (49,1%) (Figura 3)

Respecto al tipo de visitas, las telefónicas representaron casi el 50% de las demandas, las visitas presenciales el 35% y el resto fueron visitas on-line.

En cuanto a Motivos de consulta por visita, la media por visita fué de 2,72 (+/- 1,07) motivos.
Del total de motivos de consulta atendidos, el 41,6% fueron clínicos, y el 58.4 % fueron por motivos no clínicos. De estos los burocráticos representan prácticamente la mitad (29%), los organizativos el 16,6% y los causados por pérdida de continuidad asistencial el 13,4%.

Los encuestados refieren una media de 9,05 (+/- 7,7) interrupciones durante la consulta.

Los motivos de consulta de poco valor identificados por los encuestados, se han agrupado en 5 tipos (Tabla 4).

El último campo libre se dejó para comentarios y sugerencias. En él los encuestados han hecho tanto comentarios como propuestas de mejora.
Los diferentes comentarios (tabla 5) se han agrupado en 8 campos.

Por último, en la tabla 6 se recogen las propuestas de mejora de los encuestados recogidas en 7 líneas de actuación.

DISCUSIÓN

La Atención Primaria ha dedicado muchas horas de trabajo para el abordaje de la COVID-19, lo que ha impedido realizar otras actividades incluidas en su cartera de servicios. Los profesionales nos hemos visto obligados a dejar de hacer otras actividades para dedicarnos a combatir la pandemia desde la primera línea (1).

Esto ha tenido un enorme impacto en las patologías atendidas que se ha reflejado en un retardo diagnóstico de algunas enfermedades como por ejemplo la cardiopatía isquémica (11) y una reducción de la incidencia de nuevos diagnósticos por ejemplo reducción de un 34% de los cánceres esperados (12). Sisó et al en estudio reciente (13) analizaron las variaciones en la incidencia anual en atención primaria en Barcelona de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedades crónicas prevalentes, trastornos de salud mental y neoplasias en el año 2020 comparándolas con los años 2017-2019 y hubo una reducción global de nuevos diagnósticos alrededor del 41%.

A pesar de la percepción de parte de la ciudadanía de que, durante la pandemia, no se les estaba atendiendo, la atención primaria ha incrementado en mucho la actividad asistencial, especialmente en lo que llevamos de año 2021, (más del 30%) según los datos que se van recibiendo de las comunidades autónomas.

En medio de la pandemia, concretamente en la fase valle después de la tercera ola, la carga asistencial permanece elevada. Esta sobrecarga es, principalmente, a expensas de consultas no clínicas, casi el 60%.

El triaje es una buena herramienta para redirigir las consultas y solucionarlas de la forma más eficiente para el sistema. La gestión de la demanda por enfermería ha demostrado disminuir el número de visitas médicas (14).

Respecto a la estrategia de triaje por CCAA en nuestro estudio, se visualiza una cierta heterogeneidad, aunque es probable que dentro de cada una exista similar variabilidad, pues las 2 en las que no existe triaje (0%) y las 2 en las que se realiza en todos los centros (100%) tienen solo 1 o 2 respuestas.

En nuestro estudio, alrededor del 40% de visitas en el momento de la encuesta, lo fueron por motivos clínicos. Llama la atención que casi el 60% de las demandas, o son burocráticas o podrían resolverse en otros niveles.

La burocracia es uno de los factores que más malestar produce en los profesionales sanitarios. Es una realidad que compartimos con profesionales de otros países y de modelos sanitarios diferentes, y uno de los factores principales del burnout profesional (15-17). Es difícil cuantificar con exactitud la carga de trabajo que supone esta burocracia. Diferentes estimaciones la sitúan en alrededor del 30%(18-19). Estas estimaciones datan del año 2004-2005. Semfyc ha editado varios documentos de desburocratización de las consultas, el primero es de 1998 y el último de 2008 (20-21). Pocas cosas han cambiado desde entonces en sentido de desburocratizar la Atención Primaria excepto la informatización. Para poder hacer medicina, la burocracia debería reducirse a lo estrictamente necesario y deshacernos de tonterías ("stupid stuff") para centrarnos en la clínica, lo que aumentaría la satisfacción de los médicos con su trabajo (22-23).

Es necesario cambiar la cultura del sistema, y la actividad burocrática tiene que resolverse en el nivel asistencial que se genere. Hasta ahora casi toda la burocracia ha recaído en el primer nivel asistencial, porque se han separado los trámites administrativos de los actos clínicos. Los actos clínicos van indisolublemente unidos a los actos administrativos que acarrean: no se puede hacer clínica en un sitio y el papeleo en el otro (24). En nuestro estudio las anulaciones debidas a la pandemia, han generado un 13% de papeleo adicional para repetir derivaciones, ambulancias, recetas... Por otro lado, reorganizar la demanda interna de los centros podría reducirla hasta un 16%. No hay que olvidar que mientras atendemos a este tipo de demandas, -casi el 60%-, dejamos de atender problemas de salud, de hacer actividades preventivas, nuevos diagnósticos y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Las personas que acuden a visitarse consultan por una media de 2,7 motivos. Los 8-10 o 12 minutos son claramente insuficientes para valorar al paciente, revisar la historia clínica y actualizar no solo las actividades preventivas y de control de patologías crónicas que quedaron pendientes durante la pandemia, si no también las que se perdieron en el segundo nivel asistencial.

De los ejemplos de motivos de consulta relacionados con la actividad de bajo valor, banales o poco oportunos, los más numerosos son los relacionados con la organización externa, principalmente los derivados de la anulación de citas y exploraciones hospitalarias, ambulancias, recetas y rechazo de visitas. Otros son la petición de informes y certificados por múltiples motivos no médicos, las

Incapacidades temporales (IT) a contactos que son personas sanas, repetición de ITs por cambios de datos administrativos… y hay que destacar los relacionados con la vacunación COVID, que no dependía ni tenía control la AP y que generó innumerables consultas. (tabla 5).

Diferentes estudios han concluido que la salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea, se ha visto afectada durante la pandemia manifestándose por niveles variables de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y *burnout* (25-27). En esa línea van los comentarios más numerosos y descorazonadores de los encuestados, los relacionados con la sensación de agotamiento físico y emocional: La impotencia al no poder atender a las personas ni resolver sus demandas, la pérdida de la ilusión, la falta de tiempo, el desbordamiento, la imposibilidad de hacer formación, docencia e investigación, el hartazgo, la sensación de no se hace medicina, de que "no hay salida"... Y que habrá que plantearse plantarse.

Otros comentarios a remarcar son la medicalización de la vida y la salud como producto de consumo, la falta de tolerancia a la demora en AP, la inestabilidad contractual, la falta de personal y la relación con el segundo nivel asistencial.

Un informe del FMI reconoce que las principales epidemias del siglo han hecho aumentar la desigualdad y han perjudicado las perspectivas de empleo de quienes cuentan solo con una educación básica, mientras que casi no han tenido repercusiones sobre quienes tienen una instrucción superior (28). Así como la pandemia se ha cebado en los más pobres, los cambios organizacionales han dificultado el acceso a las personas más vulnerables, ancianas o que están solas por dificultades de acceso a medios de transporte y/o especialmente a las TIC.

Entre los encuestados hay una percepción de mayor agresividad y falta de respeto por parte de los pacientes y un aumento de las reclamaciones, que estaría en consonancia con algunos artículos en la prensa donde nombran que las agresiones a los médicos en redes sociales en la pandemia aumentó un 200% (29), así como agresiones físicas y verbales que se han producido en todo el mundo y a todo el personal sanitario (30).

Por último, y sin que se pidiera explícitamente, los encuestados hacen unas propuestas de mejora que se centran en definir la cartera de servicios de profesionales y centro, reducir la burocracia, informar a los pacientes mediante campañas institucionales permanentes en la línea de las campañas del NHS (la información podría disminuir la ansiedad de la población facilitando la toma de decisiones y reduciendo la agresividad y exigencia con el personal sanitario), las mejoras laborales (autogestión de los equipos, contratos estables, cobro de horas extras y como horas extras…) y educación para la salud en la población como asignatura en las escuelas.

Al inicio de la primera ola se apostó por cambios organizativos convencidos de que iban a mejorar la seguridad, a filtrar y distribuir la atención mejorando la eficiencia dejando de hacer actividades que no aportan valor. Actualmente vemos que hemos aumentado la burocracia y la atención a motivos no clínicos. Estamos colapsados por una epidemia de catarros de vías altas, a menudo sin fiebre, e incluso sin

síntomas, definidos por alteraciones en una prueba de laboratorio. Estamos colapsados por el papeleo que conlleva y dejamos de atender a los verdaderos enfermos. La Atención Primaria tiene que reinventarse, y sobre todo tiene que dejar de hacer para poder hacer. Esto no será posible si no se hacen políticas sanitarias con orientación comunitaria, si los profesionales no trabajan con autonomía de gestión, si la medicina y enfermería de familia no son atractivas para los estudiantes por qué no las estudian en la Universidad y si no se dan recursos suficientes para desarrollarla. Sin una buena AP la esperanza de vida va a descender, va a aumentar la desigualdad y se va a encarecer el sistema sanitario haciéndose realmente insostenible. Ha llegado la hora de pasar a la acción.

BIBLIOGRAFIA

1. Tranche Iparraguirre S, Martin Alvarez R, Párraga Martinez I, Grupo colaborativo de la Junta Permanente y Directiva de la semFYC. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam vol.14 no.2 Barcelona jun. 2021
2. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S, Stange KC. Physical Distancing With Social Connectedness. Ann Fam Med. 2020; 18(3):272-7. doi: 10.1370/afm.2538
3. Moynihan R, Johansson M, Maybee A, Lang E, Légaré F. Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare. *BMJ* 2020;370:m2752 [Internet.] 2020. Consultado: 23 de noviembre 2021. Disponible en https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2752
4. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC, 2005;12(579-581).
5. Herrera-Perez D, Haslam A, Crain T, Gill J, Livingston C, Kaestner V, et al. A comprehensive review of randomized clinical trials in three medical journals reveals 396 medical reversals. ELife. 2019;8:e45183, http://dx.doi.org/ 10.7554/eLife.45183.
6. Ministerio de Sanidad. Portal estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria. Consultado el 23 de Noviembre de 2021. Disponible en: ttps://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad/ordinaria
7. Atención Primaria registra más de 47 millones de asistencias en la historia digital del paciente en 2021. Noticias del Servicio Andaluz de Salud. [Internet.] Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 14 de agosto de 2021 [consultado: 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/163600/saludyfamilias/atencionprimaria/historiadigitaldelpaciente/balancesemestral/clicsalud/diraya/gobiernodeandalucia
8. Pérez-Milena A, Barquero-Padilla R, Darwish-Mateos S y Leyva-Alarcón A. La actividad clínica de las médicas y médicos de familia en la tercera ola de la pandemia por COVID-19 en los centros de salud de Andalucía. Rev Clin Med Fam 2021; 14 (3):167-168
9. Un plan para Atención Primaria plantea cerrar decenas de centros de salud en Madrid. El País. [Internet.] 25 de mayo de 2021. Consultado 10 de noviembre 2021. https://elpais.com/espana/madrid/2021-05-25/un-plan-para-atencion-primaria-plantea-cerrar-decenas-de-centros-de-salud-en-madrid.html
10. Plante ciudadano para exigir al Govern recuperar servicios en la atención primaria. El periodico. 30 junio 2021. Consultado 10 de noviembre 2021. https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210630/catalunya-movilizaciones-inversion-atencion-primaria-reapertura-ambulatorios-11869490
11. Romaguera R., Ribera A., Güell-Viaplana F. Reducción de los ingresos por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en Cataluña durante la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Cardiol.* 2020 2020 Sep; 73(9): 778–780.
12. Marzo-Castillejo M, Guiriguet Capdevila C, Coma Redón E. Retraso diagnóstico del cáncer por la pandemia COVID-19. Posibles consecuencias. Atención Primaria 2021; 53(9):1-2. DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102142

13. Sisó-Almirall A, Kostov B, Sánchez E, Benavent-Àreu J, González-de-Paz L. The impact of the COVID-19 pandemic on primary healthcare disease incidence rates: 2017 to 2020. Annals of Family Medicine, COVID-19 Collection 2021. [Internet.] 2021. [Consultado: 13 de mayo de 2021.] Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/167403
14. Bayona Huguet, Xavier, José Romano Sánchez, and Antoni Peris Grao. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en Cataluña. *Rev Esp de Salud Pub* 2019;93: e1-16
15. B.G. Arndt, J.W. Beasley, M.D. Waltkinso, J.L. Temete, W.J. Tuan, C.A. Sinsky, *et al*.Tethered to the EHR: primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. Ann Fam Med., 15 (2017), pp. 419-426
16. Casado Buendia S, Nuñez Lozano I. Desburocratización de la consulta. FMC 2020; 27(4): 194-199.
17. Offri D. The patients vs. Paperwork Problem for Doctors. N Y Times. 2017. Disponible en: https://www.nytimes.com/2017/11/14/well/live/the-patientsvs-paperwork-problem-for-doctors.html.
18. V. Pedrera Carbonell, V. Gil Guillén, D. Orozco Beltrán, I. Prieto Erades, G. Schwarz Chavarri, M.I. Moya García. Característica de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. Aten Primaria 2005;35: 82-88
19. Prieto Erades I, Ribera Montés MC, Pedrera Carbonell V, Orozco Beltran D, Gil Guillén V. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido (estudio SyN-PC). Aten Primaria. 2004;33:69-77
20. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Aten Primaria 1998; 21: 489-493
21. Grupo de Gestión de la SVMFyC. Medidas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Documentos semFyC No25. [acceso 15 de diciembre de 2021] Disponible en: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/04/2008.-DOCU-25-DESBUROCRATIZACI%C3%93N.pdf
22. Varela J.Cinco recomendaciones para aumentar el valor de la práctica clínica. Med Clin (Barc). 2020. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.020páginas 187-190
23. Ashton M. Getting Rid of Stupid Stuff. N Engl J Med. 2018;379:1789–91, http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1809698.
24. Quintana Gomez JL.La burocracia en Atención Primaria: una tontería electrónica no deja de ser una tontería.FMC. 2010;17(6):400-4
25. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín- Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 23 de julio e202007088
26. Valiente Millán ML, Méndez Iglesias SM, Morales Serrano JM, Arroyo de la Rosa A. Cansados de estar cansados. El impacto de la pandemia en el colectivo de Medicina Familiar: valoración y propuestas de mejora. Rev Clin Med Fam vol.14 no.3 Barcelona jun. 2021
27. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Med Clin (Barc) 2021; 156(9): 449-58.
28. Furceri D, Loungani P, Ostry JD. Las pandemias relegan aún más a los pobres. Diálogo a fondo. El blog del FMI sobre temas económicos de América Latina. https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=13378 [consultado 20-12-2021]
29. Mediavilla J. Covid-19: las agresiones a médicos en redes sociales crecen un 200%. Diario Médico 2020. https://docs.google.com/document/d/1fmia-tTOQzAcYTP4OUHiHs2wRmxe3BIP/edit [consultado 20-12-2021]
30. Johnson S. Escupitajos, insultos y agresiones: la violencia contra el personal sanitario aumenta durante la pandemia. elDiario.es 2021. https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/escupitajos-insultos-agresiones-violencia-personal-sanitario-aumenta-durante-pandemia_1_8015166.html [consultado20-12-2021]

ANEXOS

TABLA 1. Encuesta

Apreciados compañeros,

Llevamos todo un año conviviendo con el COVID 19. Nos hemos esforzado en organizarnos y en reinventarnos para ofrecer a la población una atención de forma segura y hemos estirado nuestros cada vez más escasos recursos, sobre todo humanos, para poder hacerlo.

En las distintas comunidades se han contratado gestores COVID de forma no homogénea, unos con contratos privados, otros públicos, unos localizados en los propios centros de salud y otros no... En algunos lugares se han contratado administrativos y más raramente personal de enfermería puesto que existe déficit de este colectivo. Lo que no se ha contratado ha sido personal médico por la escasez reconocida y flagrante en todo el país.

En esta situación lo lógico parecería que el personal contratado pudiera filtrar los motivos no médicos para que estos pudieran dedicarse a la atención realmente clínica y de valor, reduciendo las tareas burocráticas y las consultas que se podrían resolver en otros niveles asistenciales.

Algunos de nosotros tenemos la percepción de que no está siendo así; contrariamente a lo esperado la burocracia ha aumentado así como el número de consultas por banalidades. La causa podría ser la facilidad de descolgar el teléfono desde casa para hacer cualquier tipo de consulta o la utilización de la consulta virtual como si fuera un chat, desvirtuando o quitando valor al acto médico/clínico.

Desde la Junta Permanente de semfyc hemos elaborado esta encuesta con el objetivo de conocer si es solo una percepción o la realidad. Por este motivo os agradeceríamos que recogierais todas las visitas y todos los motivos de consulta en un día concreto para conocer en qué se han convertido nuestras consultas un año después del inicio de la pandemia y, en caso de demostrar que es así, proponer cambios organizativos que den respuestas a las nuevas demandas.

1.Sociedad Federada de la semFYC

2.Centro de Atención Primaria: Urbano, Rural, Semiurbano

3.En tu centro, ¿existe triaje para acceder a tu consulta?. Si, No, Ns/NC

4.En caso de que exista el triaje, ¿quién lo realiza?: El personal de enfermería, El personal administrativo, Ambos, No existe triaje en mi centro de salud

5.¿Cuentas con la ayuda de gestores COVID?: Si, en mi centro de salud (CS), Si, fuera de mi CS, NO, NS/NC

6.Número de visitas en el dia

7.¿De los diferentes tipos de visita, cuántas tienes para atender las diferentes demandas?: Presenciales (número), Telefónicas (nª), Virtuales (nº), Otras (nº).

8.Respecto a los motivos de consulta atendidos en el día (Nos referimos a todos los motivos de consulta de todas las personas atendidas en el día):

- Nº total de motivos de consulta

- Motivos de consulta promedio por visita

9.Tipos de motivos de consulta en número

- Clinicos Nº

- Burocraticos nº

- Organizativos (motivos que tendrían que ser resueltos en el mostrador o por enfermería y que llegan a la consulta como preguntas sobre el funcionamiento, programación de analíticas o exploraciones solicitadas a otro nivel asistencial, curas, vacunas establecidas en el calendario vacunal....) nª

- Pérdida de continuidad asistencial (Visitas de otros especialistas perdidas o anuladas por la pandemia, recetas prescritas por otros especialistas que no se petición hace la receta, petición de analíticas, exploraciones o recetas de la privada...) nª

10.Número de interrupciones

11.¿Podrías explicar algún/os motivos de consulta que te hayan llamado la atención por la banalidad, poco valor, por ser inoportunas…?

- Describelo/s a continuación

12. Algún comentario o sugerencia que aportar?

Tabla 2

Federada	Visitas	Presenciales	Telefonicas	Virtuales	No Presenc.
AGAMFIC n=25	41,5 (25-65)	15 (6-20)	15,5 (10-25)	1-20 (76%NO)	13 (2-40)
CAMFIC n=15	40 (28-50)	10 (8-15)	15,5 (5-25)	7,75 (4-15)	6,7 (4-10)
IBAMFIC n=16	37,6 (25-50)	17 (8-35)	15 (7-25)	68,75% NO	5,8 (0-18)
NAMFYC n=2	42,5 (40-45)	21,5(13-30)	17,5(10-25)	1(0-2)	9 (5-13)
OSATZEN n=7	38 (29-46)	12 (8-15)	20,4 (13-28)	0 (100% No)	6 (5-13)
SAMFYC (Andalucia) n=16	45,3 (28-60)	11,75(5-20)	30 (20-40)	2,25(0-10) 56% No	4,5 (0-16)
SAMFYC (Aragon) n=2	52 (44-60)	13,5 (7-20)	20,5 (11-30)	5 (0-10) 50% No	13,5 (7-20)

samFYC (Asturias) n=9	48 (40-60)	15,6 (8-25)	20,7 (12-33)	2,2 (0-6) 44% No	11 (5-20)
SCAMFYC n=8	51 (33-65)	12,5 (5-30)	25 (6-40)	2,6 (0-10) 62,5% No	11,75 (8-16)
SCMFYC n=6	43 (26-55)	14 (7-30)	20,6 (9-29)	(0-33) 83% No	7,8 (3-15)
SMUMFYC n=27	43,8 (24-54)	22 (12-45)	14,8 (4-39)	2,5 (0-10) 15% NO	7 (0-30)
socalemFYC n=5	48 (40-59)	14,2 (10-19)	25 15-39)	3 (0-10) 40% NO	19 (7-40)
SoCaMFYC n=2	40,5 (38-43)	24 (18-30)	14,5 (14-15)	1,5 (0-3)	7 (4-10)
SoMaMFYC n=19	43,7 (30-55)	12 (2-23)	27,6 (20-57)	3,6 (0-24) 73,6% NO	9,7 (0-50)
srmFYC n=3	43,7 (40-45)	11,6 (10-15)	28,3 (23-35)	0, 100% NO	7,6 (3-15)
SVMFiC n=5	32,8 (24-65)	13,4 (9-18)	15,6 (9-30)	4,4 (0-10)	9,8 (0-20)
SEMFYCEX n=1	45	16	20	1	9
TOTAL M(DS)	42,9 (9,39)	15,1 (6,8)	20,9 (9,23)	2,7 (4,57)	8,8 (7,99)

Tabla 3

Triaje por CCAA

TRIAJE	SI	NO	ns/nc	Total	% SI
ARAGON	0	2	0	2	0,0
SEMFYCEX	0	1	0	1	0,0
SCAMFYC	2	6	0	8	25,0
RIOJA	1	2	0	3	33,3
AGAMFYC	10	17	2	29	34,5
IBAMFIC	6	10	0	16	37,5
SocalemFYC	2	3	0	5	40,0
SMUMFYC	11	16	0	27	40,7
ANDALUCIA	7	8	1	16	43,8
ASTURIAS	5	4	0	9	55,6
VALENCIA	3	2	0	5	60,0

SCMFYC	4	2	0	6	66,7
MADRID	13	6	0	19	68,4
CAMFIC	11	4	0	15	73,3
OSATZEN	6	1	0	7	85,7
NAMFYC	2	0	0	2	100,0
SoCaMFYC	2	0	0	2	100,0
TOTAL	**85**	**84**	**3**	**172**	**49,7**

	Con triaje	Sin triaje
Media	41,34883721	44,52380952
Varianza	70,88864569	85,9632817
Observaciones	86	84
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	166	
Estadístico t	-2,335764396	
P(T<=t) una cola	0,01034951879	
Valor crítico de t (una cola)	1,654084713	
P(T<=t) dos colas	0,02069903759	
Valor crítico de t (dos colas)	1,974357764	

TABLA 4. EJEMPLOS DE CONSULTAS DE POCO VALOR

Relacionados con la vacunación COVID (que no depende de AP)
- Opinión sobre la que toca,
- Piden cambiar por otra,
- Cambios de criterios de distribución oficiales que generan dudas
- No les llaman y son de riesgo,
- Solicitan cambiar citas de los centros de vacunación externos a AP,
- Problemas con citaciones on line,
- Solicitan informes para elegir vacuna,
- Solicitan certificado de vacunación,
- Solicitan vacunación para irse de vacaciones,
- Cualquier síntoma post vacuna…

Relacionados con la organización interna
- Telefónicas o e-consultas pidiendo citas con enfermería, matrona, odontólogo, vacunas (no COVID)
- Informar de fechas de cita con otros especialistas o programar analíticas, ECG del 2 nivel
- Visitas que resuelve otro profesional del centro (tapones cera, curas, cambios de vendaje, control TA)
- Personas que tienen telefónicas, citas presenciales y telemáticas repetidas con medicina y enfermería
- Partes de confirmación, informes y recetas citadas como urgencias
- Para cambiar datos administrativos: Teléfonos, empresa en la IT
- Receta electrónica que aún está activa

Relacionados con otros estamentos (organización externa)

- Visitas hospitalarias que se han perdido por la pandemia y no se reprograman
- Visitas hospitalarias a las que no se acudió
- Suspensión o modificación de citas hospitalarias y no llega citación: Vaya a su mdf y que lo derive otra vez
- Programación de analíticas y ECG hospitalarios
- Recetas de pacientes crónicos en seguimiento hospitalario no se renuevan en las visitas
- Demoras en visitas y exploraciones complementarias (me dijeron que fuera al médico de cabecera a programar esto)
- Visitas para solicitar analitica, ECG…necesarias para la 2 visita de otro especialista que no dejó solicitadas
- Visita urgente el día de la alta hospitalaria para hacer la prescripción de la medicación
- Peticiones de ambulancia para citas sucesivas en el mismo servicio
- Informes por no asistencia a clases o exámenes incluso estando de IT por COVID
- Accidentes laborales
- Exploraciones, analíticas y recetas de la privada (o el curandero…)
- Bajas a contactos que son personas sanas
- Cambiar la empresa de la IT
- La empresa pide justificantes del MdF de visitas al pediatra o a la privada
- Dudas sobre qué hacer con paso a invalidez por qué INSS no contesta
- Entregar resultados de exploraciones solicitadas por hospital sin tener una vía directa con el especialista que lo ha solicitado
- El especialista X que me mande al especialista Y
- Rechazo de visitas No P por otros especialistas en casos que no podemos resolver (sin acceso a contacto directo para comentar)
- Consultas derivadas de accidentes de tráfico, actividad escolar y deportiva federada
- Certificados varios. Oposiciones, bolsa de trabajo
- Informes para el carné de conducir

<u>Relacionados con situación personal/social</u>

- Soledad: Llaman para hablar con alguien
- Educacional: Como hacer tarjeta de minusvalía o preguntas sobre la declaración de la renta
- Hiperfrecuentación: numerosas citas (telefónicas, telemáticas, con ENF y MdF) y no recuerdan porqué han llamado o ya están bien o pasaron síntomas leves y consultan para saber que pudo ser
- Meticulosos: Tener que volver a llamar porque la telefónica era al día siguiente
- Solicitar exploraciones complementarias o interconsultas con dermatología/otras y negarse a valoración presencial
- Consulta telemática: Como un xat o para escribir “un libro”
- Acudir a explicar la visita con otro especialista o a expresar su descontento

<u>Otras</u>

- Informes para no llevar la mascarilla
- Traer los papeles de especialista: Prescripción de audioprótesis, plantillas…
- Familiar que no acompaña a ancianos a la visita hospitalaria y pide visita para resolver dudas sobre esa visita
- Si puede ir el hijo desde otra CCAA
- Si se puede ir de viaje a otro país, otra CCAA…
- Como hacer tarjeta de minusvalía,
- Preguntas sobre la declaración de la renta,
- Preguntas sobre la renovación de DNI…
- Informe médico para que le retiren una multa
- Consultas derivadas de accidentes de tráfico, actividad escolar y deportiva federada
- Pedir traducción de analítica al inglés
- Paciente con trasplante reciente que vive solo con un gato. El cirujano le insiste en que no puede tener el gato. Al negarse lo manda a su mdf para que lo resuelva
- Informe para llevar su propia silla a la piscina (no de ruedas)
- Proporcionar a alguna persona para cuidar a un enfermo
- Receta de un antibiótico, diurético…para el perro

TABLA 5. COMENTARIOS/SUGERENCIAS

1- Desánimo, agotamiento, pérdida de la ilusión.

- Esto hay que dinamitarlo
- No veo salida
- Ojalá tuviera un tutor de verdad y ojalá hiciera de médico un poco más a menudo
- O hacemos algo o la AP va a mal puerto
- Cada vez esta peor
- Estamos desbordados
- Quiero volver a realizar labores de médico pero no con 50 diarios, quiero trabajar con dignidad y quiero recuperar la ilusión en mi trabajo
- Esta situación es imposible si se mantiene más en el tiempo se está deteriorando hasta el límite la atención primaria y desvirtuando mucho su función
- Estamos a punto del colapso
- Las demandas y sus motivos nos han convertido en un producto de consumo.
- Hace un tiempo que ya se hacía poca medicina de familia pero en la actualidad creo que es casi nula, a veces somos simples derivadores o petitores de pruebas sin más…
- Los médicos de atención primaria nos sentimos agotados, y las gerencias no toman medidas al respecto, sólo se alega la falta de facultativos. Pero la realidad es que la organización es nefasta y que no tenemos capacidad de "filtrar la demanda"
- Mientras no se pueda decir que no a nada, esto no tiene solución
- No tengo teléfono en el ordenador, ni videollamadas, estamos tercermundistas
- Estoy muy harta
- Estamos desbordados y muy cansados

- Creo que la ausencia de organización y la mala gestión ha destrozado a la medicina de familia y a sus profesionales
- Tenemos que replantear la AP
- La sanidad pública peligra. Al menos su sostenibilidad
- Necesitamos una reestructuración completa de la organización asistencial: redefinir cartera de servicios, redefinir roles de los profesionales, elaborar la relación interniveles, optimizar la burocracia, organización, circuitos administrativos y soporte informático
- Muchos profesionales estamos cansad@s, y hablando con compañer@s de otras zonas hay un sentimiento de desánimo generalizado en la especialidad . Se han acumulado muchos motivos: la pandemia, el desprestigio de la especialidad, las políticas, el tipo de contrato que se ofrece para trabajar y el maltrato asociado... Es triste porque la vocación y la ilusión por nuestro trabajo siempre nos ha caracterizado, al fin y al cabo somos los médicos de familia (los médicos de corazón), y parece que la Atención Primaria la están destrozando y no son conscientes de ello.
- Tenemos una pirámide asistencial invertida en la que el profesional más preparado como es el médico hace todas las tareas inimaginables, la mayoría que nos son de su competencia
- Así no podemos seguir
- Con la pandemia ha aumentado la sobrecarga asistencial; no podemos hacer otras tareas (investigación, preparar sesiones clínicas, ...)
- Habrá que plantearse plantarse.

2- Falta de Tiempo

- No podemos atender a 45-50 pacientes. Con 30/ día sería suficiente. Tenemos que formarnos (y no fuera del horario del trabajo) revisar historias, revisar informes…. Y estudiar…
- Agendas con citas de 8:00 a 14:50, escaso tiempo para cada actividad, no se cubren ausencias de compañeros con lo que la demora se alarga en el tiempo y es imposible recuperar.
- tiempo para trabajar en condiciones adecuadas
- Cada paciente necesita su tiempo...La consulta debe tener techo..no puedes tener 30 citados y acabar con 45
- Quiero volver a realizar labores de médico pero no con 50 diarios
- No se hacen actividades preventivas
- no podemos hacer otras tareas (investigacion, preparar sesiones cilinicas, ...)

3 - Medicalización de la vida y Accesibilidad/Salud como producto de consumo
- Todo desemboca como un embudo en el médico de cabecera. Todo el mundo remite al médico de cabecera sea cual sea el problema. Es más fácil acceder a nosotros que a cualquier otro profesional o institución
- tenemos q coordinar todo lo que queda en el aire, covid, certificados covid, vacunas, todo lo que no hacen los demás y en los que nos obligan a improvisar
- No todo es un problema médico ni hay que medicalizar todos los aspectos de la vida
- Las demandas y sus motivos nos han convertido en un producto de consumo. Se medicalizan autocuidados básicos (hay resistencia a asumir decisiones), cuidados de menores y mayores (por ejemplo la toma de la temperatura, dar analgésico-antitermico si precisa, dieta adecuada para una diarrea….) y conflictos personales, interpersonales y laborales
- No podemos seguir permitiendo que se confunda inmediatez con accesibilidad
- Medicodependencia
- La demora al MDF no se tolera
- Para lo que no se resuelve, no se sabe, es reiterativo o molesta existe la frase: “A su médico de cabecera”
- Educación sanitaria y uso del sistema sanitario
- Uso responsable de los servicios sanitarios

4- Organización
- Burocracia: Necesitamos personal que atienda la burocracia
- Triaje. Formación del administrativo sanitario que pueda asumir tareas de asistente clínico
- Instaurar demanda de enfermeria
- Hay q aprovechar lo bueno de los sistemas instaurados como llamadas telefónicas y e-consultas: evitan desplazamientos y permiten discriminar presenciales de valor. NEGATIVO: aumentan consultas de escaso valor y duplican las consultas cuando hay que visitar presencialmente (auto triaje) y aumenta la demora. Múltiples llamadas porqué No contestan
- Receta electrónica que no hay que recoger/imprimir muy positivo
- Cita Web debería ser con el Centro, no con un profesional y que se redirija desde administración al personal adecuado para resolverla
- No disponemos de herramientas para sacar listados de pacientes (existe la herramienta pero no acceso), mucho menos para priorizar aquellos con una determinada situación clínica
- Autonomía de gestión: Demostrada la capacidad de organización de los equipos durante la pandemia

5- Contratos estables y ajuste de plantillas. Otros profesionales en aP (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, podólogos…)

6- Relación con el segundo nivel asistencial
- Demoras: No disponemos de acceso a las listas de espera por servicio (no normal ni preferente), el paciente, con esa incertidumbre, es atendido por dicho motivo de consulta varias veces antes de ser abordado en el hospital
- Anulaciones a otros niveles han multiplicado el trabajo burocràtico
- Relación de secretarios de otros especialistas (recetas, que me mande a…), falta de respeto
- Bloqueo de acceso a nivel 2 con teleconsultas o consultas no presenciales: No procede.

7- Dificultad de acceso a los más vulnerables:
- El consultorio ha estado cerrado un año y la población desplazada al centro cabecera, los más vulnerables han tenido menos acceso, por lo que están descompensados y no han podido ser atendidos

- No acceso a TIC: Pobreza, soledad, vejez

8- Aumento de reclamaciones

- Pero si indicar q las reclamaciones de lo q llevamos de semestre es el equivalente a las de 3 años juntos fuera de pandemia !!!!
- Tenemos un problema de confianza con los pacientes, nos ponen cada vez más en duda, con las vacunas de COVID ha sido tremendo.
- Percibo mayor agresividad, falta de respeto y de educación

TABLA 6. PROPUESTAS DE MEJORA

Definir la cartera de servicios de cada profesional y centro

Reducir la burocracia

1. Minimizar la emisión de informes y documentos
2. Abolición de los certificados de salud para oposiciones
3. Gestión de la burocracia propia en cada nivel asistencial (ambulancias, renovación y sellado de recetas, peticiones de analíticas y exploraciones complementarias para cirugía o siguiente visita…)
4. Gestión inicial de la IT a otros niveles asistenciales (cirugías, ingresos, urgencias…)
5. Gestión administrativa de las citas de nivel 2 para cambios, anulaciones y reprogramación de no asistencias.
6. Mejoras en HCC (los problemas de salud se trasladen de forma automática al informe, Se crucen los datos administrativos públicos o se puedan modificar en el mostrador(empresa en las IT)
7. Que se implante la declaración jurada para ausencias puntuales al trabajo (hasta 3 días) si necesidad de IT.
8. Implantación de otras formas de acceso (telemática, colgar informes y fotos...) que no existen aún en algunas comunidades

Informar a los pacientes

1. Desde la cartelería de los centros
2. Información escrita o la que se envía por SMS.

3. Campañas institucionales permanentes.
4. Uso de grafías e imágenes bien diseñadas como se hace en otros sistemas de salud (ej NHS inglés). Mucho por hacer en este sentido

Mejoras Laborales

1. Contratos estables: LONGITUDINALIDAD
2. Flexibilidad horaria para los profesionales.
3. Opción de hacer horas extras que sean pagadas como horas extras y teletrabajo: prolongaciones de jornada para situaciones puntuales como la actual, vacaciones...
4. Autogestión de los equipos
5. Accesibilidad a exploraciones complementarias con demora razonable

Educación para la salud de la población

1. Asignatura de educación para la salud en las escuelas: Estilos de vida, autocuidados, uso responsable del sistema sanitario….
2. Campañas poblacionales

Mejoras estructurales en los centros y renovación de materiales

Desarrollo de la atención comunitaria

Figura 1

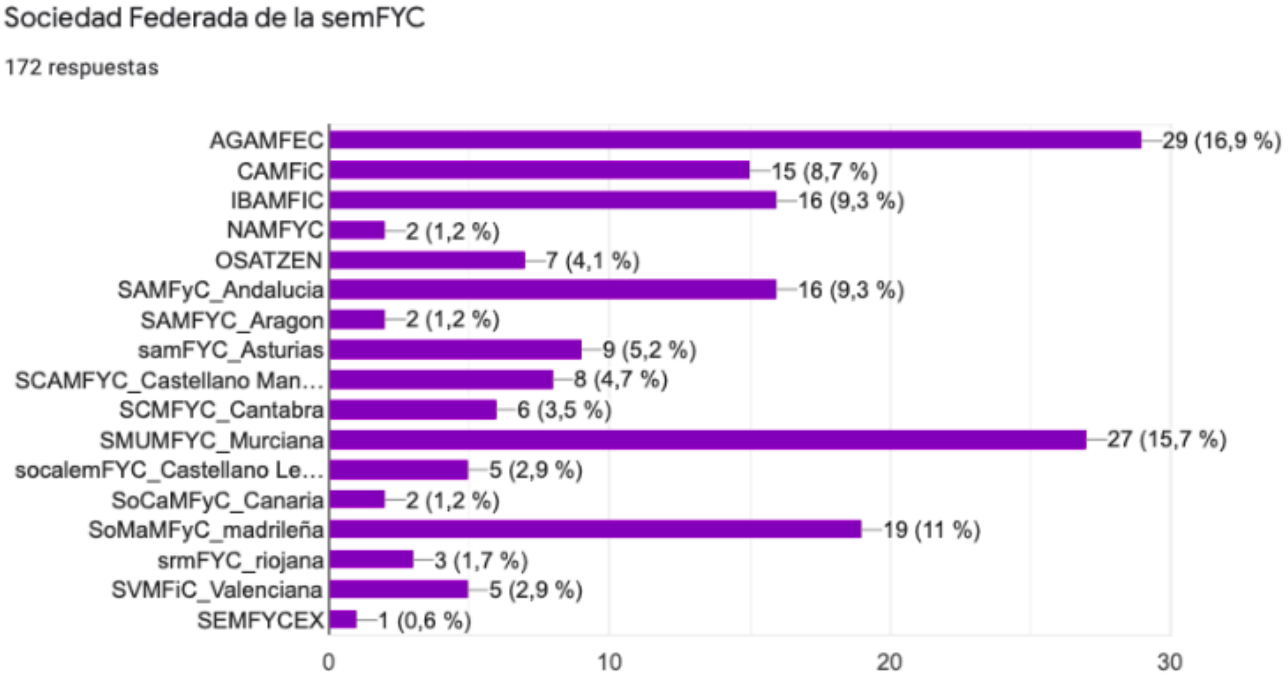

Sociedad Federada de la semFYC
172 respuestas
AGAMFEC
CAMFiC
IBAMFIC
NAMFYC
OSATZEN
SAMFyC_Andalucia
SAMFYC_Aragon
samFYC_Asturias
SCAMFYC_Castellano Man...
SCMFYC_Cantabra
SMUMFYC_Murciana
socalemFYC_Castellano Le...
SoCaMFyC_Canaria
SoMaMFyC_madrileña
srmFYC_riojana
SVMFiC_Valenciana
SEMFYCEX
29 (16,9 %)
15 (8,7 %)
16 (9,3 %)
2 (1,2 %)
7 (4,1 %)
16 (9,3 %)
2 (1,2 %)
9 (5,2 %)
8 (4,7 %)
6 (3,5 %)
27 (15,7 %)
5 (2,9 %)
2 (1,2 %)
19 (11 %)
3 (1,7 %)
5 (2,9 %)
1 (0,6 %)
0
10
20
30

Figura 2

En tu centro, ¿existe triaje para acceder a tu consulta?
171 respuestas
49,1%
49,7%
SI
NO
NO SE/NC

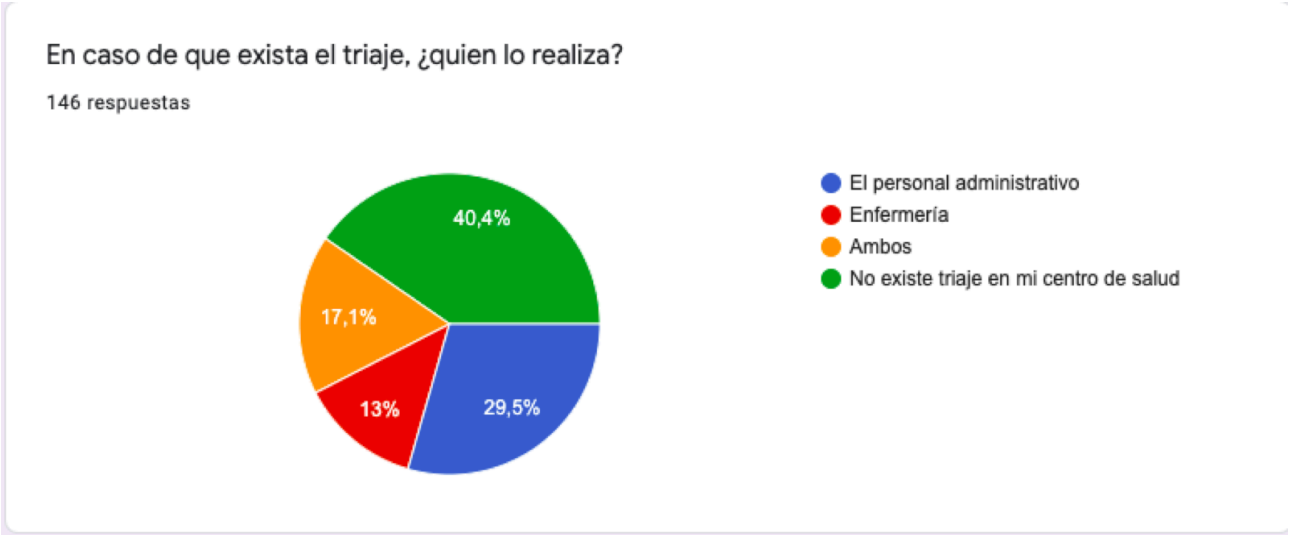
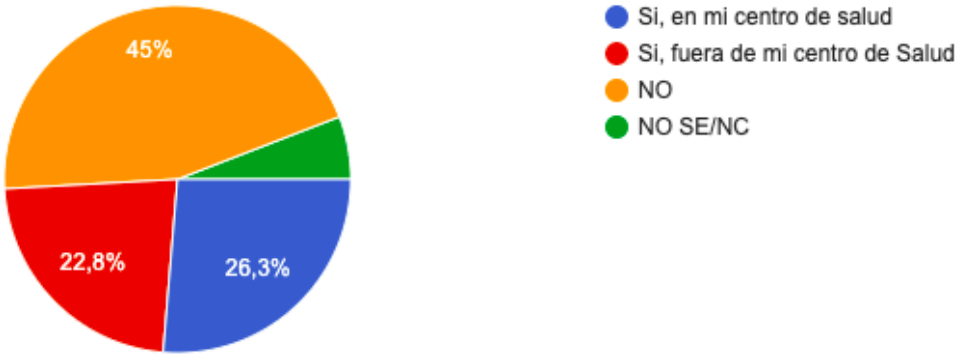

En caso de que exista el triaje, ¿quien lo realiza?
146 respuestas
40,4%
17,1%
13%
29,5%
El personal administrativo
Enfermería
Ambos
No existe triaje en mi centro de salud

Figura 3

¿Cuentas con la ayuda de gestores COVID?

171 respuestas