



# MISCELÁNEAS

## TIEMPO DE CONSULTA, GESTIÓN CLÍNICA Y TRABAJO DIARIO DE UN MEDICO DE FAMILIA

Dr. Raul O Urquiza\*

### RESUMEN

La consulta médica en general y en la medicina familiar en particular ha sido abordada desde numerosas variables, en este artículo se pretende hacer reflexionar al lector sobre algunos aspectos como el tiempo o duración de la consulta, cuestiones actitudinales de los pacientes y los profesionales que impactan directa e indirectamente en la satisfacción de ambos, la gestión clínica, algunas estrategias para conocer nuestra práctica diaria e intervenir para mejorarla, siempre hay espacio para la mejora. La Gestión Clínica es una iniciativa dirigida a optimizar la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente, en las mejores condiciones para el profesional y a un costo que la administración pueda asumir, y los médicos de familia debemos estar preparados para ello.

De las actividades descriptas como pilares de la medicina familiar, es decir la asistencial, la docencia, la gestión y la investigación, no siempre tienen el mismo peso en la actividad cotidiana, siempre hubo mucho más énfasis en la formación continua en temas clínicos asistenciales, se trabaja en la docencia a veces con pocas herramientas y no son muchos los centros formales de capacitación docente en medicina familiar, y la formación en gestión e investigación en muchos países de la región es una asignatura pendiente,

mas aunque cada vez hay más médicos de familia en lugares estratégicos de gestión en Ministerios, Seguros Sociales, Universidades, implicados en los procesos de toma de decisiones. Es fundamental considerar el perfil del médico de familia que ya tiene publicado CIMF WONCA y actualizarlo a la luz de las nuevas realidades de la región.

La entrevista médica, constituye la herramienta básica del profesional de atención primaria, y desde la relación médico/ paciente, familia, comunidad se debería construir el acompañamiento en el proceso salud enfermedad.

Hay elementos claves que deben considerarse en la misma:

- **Tiempo:** para explicar lo que le pasa, requiere y satisfacer sus necesidades y expectativas
- **Accesibilidad:** grado de facilidad para conseguir servicio de salud
- **Cualidades apropiadas:** humanidad, escucha, empatía, competencia clínica, capacidad de comunicación.

El tiempo de duración de la consulta, es muy variable en los países, la Organización Mundial de la Salud, considera que el promedio mundial está alrededor de los 10 minutos por persona, esta cifra es meramente descriptiva y no valorativa, y está influenciada por una gran cantidad de variables, algunas de ellas:

\* Médico Especialista en Medicina Familiar, ex docente Universidad de Buenos Aires, Master Gestión Calidad de los Servicios de Salud, Auditor Medico Sénior, Ex Fellow y Docente Baylor College of Medicine, Houston, Texas. Docente Maestría Medicina Familiar, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima Perú, Ex Vicepresidente por región Cono Sur CIMF WONCA, Ex Presidente y actual miembro Consejo de Certificación Federación Argentina de Medicina Familiar. Gerente de Salud Integral Merlo.

- **Especialidad medica**
- **Tipo de relación contractual**, modalidad de pago (salario, por prestación, cápita, mix de ellas), de manera tal que en los modelos de pago por prestación maximizar el número de consultas en la unidad de tiempo genera mayores ingresos al prestador y consecuentemente acorta el tiempo en cada consulta, en el sistema capitado donde se paga por la cantidad de personas a cargo, puede pasar algo parecido, en el pago por salario el prestador cobra por carga horaria, en estos casos suele ser la Institución la que impone los tiempos medios de consultas y/o el número de personas atendidas en cada jornada laboral.
- **Sistema organizacional de la institución**, se prioriza la producción (mayor número de consultas posibles) y con cupos demasiados grandes, población añosa, poco personal, etc., el aumento de la demanda puede reducir los tiempos de cada consulta, en España por ejemplo están luchando hace años por conseguir al menos 10 minutos por paciente, hay en algunas regiones están en cerca de 5 minutos, promedio nacional español 6,7 min, en Argentina el tiempo de consulta varía según el lugar de trabajo, pero promedio de 15 minutos, en Colombia ley 100 de 1993 determina 20 minutos por consulta
- **Factores culturales, religiosos, etnias, etc.**
- **Personales de los pacientes**, como personalidad, formación, edad, sexo, estado mental, comunicabilidad
- **Personalidad y estilo de trabajo del médico**, influye ánimo, motivación, habilidad comunicacional y de la entrevista clínica, paradigma médico, paternalismo, capacidad resolutiva, formación, experiencia.

- **Tipo problema atendido**, los administrativos suelen ser mucho mas rápidos que los psicosociales.

Escaso tiempo en la consulta condiciona una peor atención médica, en aspectos dimensionables como mayor número de derivaciones, peores prescripciones, menor satisfacción en los pacientes y en los profesionales, estrés profesional, mayor riesgo de errores médicos (tercera causa de mortalidad en EEUU), menos oportunidad de educación sanitaria, poco tiempo para prevención y consejería, menor abordaje psicosocial, mayor litigiosidad, peor clima organizacional.

El medico como gestor de su consulta, puede participar en la gestión de la demanda de sus consultas, a sabiendas que uno de los problemas mas sentidos por los médicos de familia es la elevada presión asistencial, siendo esta situación muy extendida en la región Iberoamericana.

Los elevados cupos de pacientes asignados si bien a priori parecería ser la causa, no es la única, hay otras de gran importancia que dependen del usuario por ejemplo morbilidad crónica, salud mental, promedio de edad de la población a cargo. También el mismo prestador por su metodología de trabajo puede aumentar el número de consultas.

El promedio de la tasa de uso en los países de la región 3 a 4 consultas por habitante y por año, en población general, estos números varían drásticamente en menores de un año (12 consultas año) y población mayor de 65 años con un promedio semejante. El número de consultas al año en España en el 2008, ha sido de 8,1 consultas por habitante por año (datos 2006), media europea 5,6. Datos 2009 España 7,5, solo superados Hungría 12, R. Checa 11, y Alemania 8,2

El trabajo conocido como MOCAUT-III demuestra que factores de los profesionales y de las organizaciones pueden impactar 55% al 63% y que esta variabilidad puede ser explicada

por situaciones modificables:

- a) organización repetición de recetas
- b) organización certificados y trámites burocráticos
- c) formación profesional
- d) perfil profesional
- e) clima organizacional
- f) demanda inducida: el profesional se autogenera las consultas, pero estas no aportan más salud al paciente

Resulta muy sencillo calcular el tiempo medio de consulta en nuestra práctica diaria, dividiendo el tiempo trabajado/ número de consultas realizadas, por ejemplo: si trabajamos 6 horas al día y vemos un promedio de 40 pacientes en la jornada laboral

6 hs trabajo diario = 360 min/ 40 pacientes = 9 min por paciente

Este cálculo es solo aproximado porque hay tiempos muertos, cuando el paciente no responde rápido al llamado, se fue al sanitario, se desplaza lentamente de la sala de espera al consultorio, etc.

Puede desglosarse la consulta en varias fases, que suelen estar siempre presentes aunque muchas veces superpuestas o en distinto orden cronológico:

- 1) llamar paciente, saludarlo, indicarle que se siente, es el tiempo hasta que comienza narrar el motivo de consulta
- 2) tiempo de exposición del problema hasta que el medico inicia el interrogatorio
- 3) tiempo de exploración física y valoración de exámenes complementarios
- 4) tiempo de recomendaciones, consejos, indicaciones, hasta la despedida
- 5) diálogos al margen
- 6) escritura en la historia clínica

Tal vez las fases menos conocidas y estudiadas sean la recepción del paciente y la despedida, son las que

tienen mas carga social, y pueden ser fundamentales para construir o fortalecer la relación médico paciente. Hay estudios que muestran como ciertas conductas pueden hacer perder la oportunidad de una buena primera impresión.

Por parte del médico: Sonreír, clarificar su rol, asegurar privacidad, charla social, llamar paciente por su nombre, contacto físico como dar la mano, son factores relevantes en la recepción de los pacientes y sus familias.

En el cierre de la consulta chequear la comprensión de las pautas sugeridas, animar y apoyar, resumir para facilitar la comprensión, clarificar el plan, charla social, y el contacto físico al saludar son adyuvantes también de la relación médico paciente y la adherencia de los mismos.

Si la idea es reducir la presión asistencial se pueden sugerir algunas estrategias:

- 1) Debemos conocer en nuestro consultorio/ centro de salud algunos datos básicos cuantitativos en función de la población a cargo que tenemos, o del área programática. Por ejemplo :

- Presión asistencial:

Nº de visitas por profesional y por día

Exceso puede ser por elevado cupo y/o alta frecuentación

- Frecuentación:

Nº consultas por habitante por año

Se eleva por: **organización inadecuada**

Autoinducción consultas

Gran morbilidad

En este caso tratar de conocer los motivos de las consultas y analizarlos:

Asistenciales/Burocráticas

Conocer la cualidad:

Previsibles/No previsibles

Veremos como muchas

son burocráticas y podrían diligenciarse de otra manera, no es efectivo ni eficiente tener a los profesionales rellenando fichas administrativas, muchas también son previsibles y pueden organizarse más ágilmente.

- Consultas primera vez define características de la población, y las ulteriores del medico
- Es lo mismo evaluar dos cupos iguales, con diferente promedio 1° vez y ulteriores?

La respuesta es no.

- 2) Dependiendo de la modalidad operativa de trabajo, las consultas administrativas suelen ser 40% o mas, puede reducirse 15% a 25% solo gestionando la repetición de recetas a pacientes crónicos, dándolas por plazos mas prolongados, o cuando viene por cualquier motivo proveerlos de las mismas para que no tenga que regresar por ellas. Desburocratizando los certificados, constancias, etc.

	Urgentes	No Urgentes
Importantes	Crisis	Planificación Anticipación Oportunidades
No importantes	Interrupciones Correspondencia Informes	Trivialidades

Motivo/ previsibilidad	Administrativa	Asistencial
<b>Previsible</b>	Acá suelen estar mayoría, repetición recetas, certificados, etc. 48%	Controles pacientes crónicos Actividades preventivas 30%
<b>Imprevisible</b>	Tareas como certificados por ausentismo, recetas, informes, que no se pueden prever. 2%	Urgencias 20%

- 3) Poder flexibilizar la agenda, los pacientes más complicados días de menor demanda, flexibilizar las épocas del año con picos de enfermedades estacionales.
- 4) Distanciar el seguimiento de los pacientes crónicos reduciendo el número de visitas, en aquellos casos que no producen mas salud, hay corriente de pensamiento como "prevención cuaternaria" que apunta a esto.
- 5) Consulta telefónica, dar resultados que no requieren presencia física, en horarios fuera de la consulta formal, en un espacio y tiempo creado ad hoc.
- 6) Mayor posibilidad resolutive a enfermería.
- 7) Medidas de red back sobre nuestras prácticas, como numero de interconsultas, derivaciones, prescripciones, como parte proceso de mejora continua
- 8) Abordaje y manejo de los hiperutilizadores, conociendo cuales de las causas mas habituales los movilizan (físicas, psíquicas, social, familiar, cultural, administrativa, relacional) para actuar sobre ellas.
- 9) Formación en abordaje psicosocial
- 10) Trabajos por campañas, plan "picos de demanda"
- Luego de 4 a 6 meses volverá evaluar y medir el impacto de las medidas instaladas, haciendo énfasis en los puntos del 1° al 6° se puede disminuir en

poco tiempo 20% al 30%

Como decíamos en el inicio, la idea es poder conocer lo que estamos haciendo en nuestro consultorio, para corregir lo que está mal y repetir lo que está bien, pararnos y poder pensar críticamente como mejorar lo que hacemos, esto

impactara seguramente en nuestro servicio de salud, en la satisfacción del paciente/ familia y la propia satisfacción, considerando a la mejora continua como un imperativo ético de nuestra profesión, recordemos siempre ay espacio para la mejora.

## REFERENCIAS

1. M. Seguí Díaz, L. Linares Poub,W. Blanco López, J. Ramos Aleixadesa y M.Torrent Quetglas "Tiempos durante la visita médica en atención primaria" *Aten Primaria* 2004;33(9):496-502
2. Mancera Romero J, et al - "EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UN CENTRO DE SALUD" *Medicina de Familia (And)* Vol. 7, N.º 1, marzo 2006
3. Sanz E, et al. "Aplicación de la agenda de calidad en una consulta de atención primaria" *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(7):363-9
4. Ruiz-Moral R et al. "Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas" *Aten Primaria*. 2005;36(10):537-43
5. Orozco Beltrán D, et al. "Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico" (estudio SyN-PC) *Aten Primaria* 2004;33(2):69-77
6. Suarez Cuba,M. "MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE" *Rev Med La Paz*, 2012;18(1): 67-72
7. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres L y Prados Castillejo JA, por el grupo de investigación COMCORD.- "Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia" *Aten Primaria* 2002. 29 (3): 132-144
8. D. Outomuro et al. "Tiempo de consulta ambulatoria" .- *Rev Med Chile* 2013; 141: 361-366
9. Jiménez Alés R, Navarro Quesada FJ. *Aprendiendo a gestionar mejor la consulta*. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2012*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 293-300