

Demanda impropia en Atención Primaria

Demanda impropia en Atención Primaria

Improper demand in Primary Care

AUTORES

Manuel Fernández Rivas¹, Patricia Añón Varela², Ramón Veras Castro³

¹ Médico de Familia, Centro de saúde Ponteceso

² Médica de Familia, Centro de saúde Guitiriz-Parga

³ Médico de Familia, Centro de saúde San Xosé B

Autor de correspondencia: Manuel Fernández Rivas Centro de saúde Ponteceso,

Rúa Eduardo Blanco Amor, 16, 15110 Trabe, A Coruña. **Email:** manuel.fernandez.rivas@sergas.es

Resumo

Título: Demanda impropia en Atención Primaria

Obxectivo: Coñecer a proporción de demanda impropia en atención primaria e factores asociados á mesma.

Deseño: Observacional transversal.

Emprazamento: Atención Primaria.

Método/medicións: Demanda impropia definida segundo validez de criterio, xénero e idade dos facultativos e dos pacientes, duración e tipo de consulta.

Resultados: A proporción de demanda impropia é do 8,5% (IC95% 7,71-9,23). Asóciase a facultativos con menor idade, de xénero feminino e ao tipo de consulta forzada. A mediana de duración da axenda diaria é de 390 minutos (RIQ 79,75). A mediana de demanda impropia por día é de 2 (RIQ 3).

Conclusións: A proporción de demanda impropia é elevada, dun mínimo de 7,71%. Asóciase a xénero feminino, menor idade e tipo de consulta forzada. Obsérvase sobrecarga asistencial dado que a duración da axenda é de 390 minutos por día.

Palabras chave: Atención Primaria. Demanda. Tempo de consulta

Resumen

Título: Demanda impropia en Atención Primaria

Objetivo: Conocer la proporción de demanda impropia en atención primaria y factores asociados a la misma.

Diseño: Observacional transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Método/mediciones: Demanda impropia definida por validez de criterio, género y edad de los facultativos y de los pacientes, duración y tipo de consulta.

Resultados: La proporción de demanda impropia es de 8,5% (IC95% 7,71-9,23). Se asocia a facultativos con menor edad, género femenino y a tipo de consulta forzada. La mediana de duración de la agenda diaria es de 390 minutos (RIQ 79,75). La mediana de demanda impropia por día es de 2 (RIQ 3).

Conclusiones: La proporción de demanda impropia es elevada, de un mínimo de 7,71%. Se asocia a género femenino, menor edad y tipo de consulta forzada. Se observa sobrecarga asistencial dado que la duración de la agenda es de 390 minutos por día.

Palabras clave: Atención Primaria. Demanda. Tiempo de consulta.

Abstract

Title: Improper demand in Primary Care

Objective: To determine the proportion of improper demand in primary care and the factors associated with it.

Design: Observational, cross-sectional.

Location: Primary Care.

Method/measurements: Improper demand defined by criterion validity, gender and age of physicians and patients, duration and type of consultation.

Results: The proportion of improper demand is 8.5% (95% CI 7.71-9.23). It is associated with younger physicians, female gender and forced type of consultation. The median duration of the daily agenda is 390 minutes (IQR 79.75). The median of improper demand per day is 2 (IQR 3).

Conclusions: The proportion of improper demand is high, at least 7.71%. It is associated with female gender, younger age and forced type of consultation. An overload of care is observed since the duration of the agenda is 390 minutes per day.

Keywords: Primary Care. Demand. Consultation time.

INTRODUCCIÓN

Unha das queixas máis frecuentes e un dos motivos do burnout dos médicos de familia é o feito de atender unha cifra indeterminada de persoas que estes consideran non deberían ser atendidos pola súa parte, debido a que as súas demandas deberían ter sido resoltas no hospital ou noutras institucións sanitarias (1–3).

A preocupación pola xestión da demanda e a accesibilidade sanitaria forma parte dos documentos de planificación de servizos sanitarios tanto en atención primaria como na hospitalaria (4-5). Dotar de accesibilidade ao sistema sanitario, e en concreto á Atención Primaria, precisa dunha xestión eficiente das demandas, priorizar o urxente e importante e reducir a saturación das axendas. Isto é unha necesidade coñecida por xestores e sufrida polos profesionais e pacientes, que obriga a unha reorganización da atención cunha orientación multiprofesional e de equipo.

A sobrecarga na Atención Primaria é un tema prioritario de sociedades científicas e organizacións profesionais dende hai anos (6). A COVID-19 fixo máis visible esta debilidade do sistema. Isto precisa unha redución da burocracia, así como en deixar de realizar actividades que deberían ter sido resoltas noutros ámbitos (7).

Algúns documentos publicados recentemente, estiman que até un 30% do traballo diario das consultas é ocupado por este tipo de tarefas innecesarias ou inadecuadas, porcentaxe que foi crescendo paulatinamente ao longo dos anos (7,8).

O obxectivo deste estudo é coñecer a proporción de citas que corresponden a demanda impropia nas axendas de varios médicos de familia que traballan na área de saúde de A Coruña, analizar factores asociados dependentes do facultativo e o propio paciente e estimar o tempo que esta consome no total da axenda.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é de tipo observacional transversal e ten como obxectivo analizar as citas médicas en 14 centros de saúde da Área de Saúde da Coruña. A investigación abrangue as citas realizadas entre o 9 de xaneiro e o 9 de abril de 2023, tanto as programadas como as urxentes, nas que se atenderon pacientes en 19 cupos de médicos de familia.

O estudo inclúe todas as citas que apareceron na axenda e que finalmente se realizaron durante o período establecido. A poboación de estudo está composta por un total de 5254 citas atendidas nestes cupos.

Para garantir a representatividade dos resultados, estimouse un tamaño de mostra mínimo de 1067 citas, co obxectivo de conseguir unha precisión de ± 3 e unha confianza do 95%. Este número aumentouse en un 15% para cubrir posibles perdas, o que leva o total da mostra a 1267 citas.

Selección da mostra: Do total de días laborables nos 3 meses asignados para recollida de datos, dende o 9 de xaneiro ata o 9 de abril, seleccionáronse de forma aleatoria 11 días por medio do OpenEpi Random Program, seguindo a metodoloxía dun estudo previo (9).

Os facultativos participantes foron os que se convidara previamente a consensuar a definición de demanda impropia, foron seleccionados por mostraxe non probabilística, por conveniencia, tendo en conta que houbo variabilidade de homes e mulleres, así como exercicio profesional en centros de

saúde urbanos ou rurais. No estudo recolleron datos de tódalas persoas citadas e atendidas na axenda deses días.

Variables, procedemento e recollida de datos: Variables de filiación tanto do facultativo como do paciente citado, duración total efectiva da axenda, centro de saúde e tipo de consulta (receitas, demanda ordinaria, programada, forzada). No estudo recolléronse datos de tódalas persoas citadas e atendidas na axenda deses días.

A definición da variable dependente “demanda impropia” elaborouse mediante validez de criterio, por consenso dun grupo de médicos e médicas de familia da Área de Saúde de A Coruña (Táboa 1 e 2).

Táboa 1. Procedemento de consenso na definición da variable Demanda Impropia

Centros participantes	19 profesionais dos centros de saúde de Vimianzo, Cambre, Miño, Arteixo e Carballo, e na Coruña en Matogrande, Ventorrillo, Mallos, Casa do Mar, Abente, Rosales, San Xosé, Adormideras, Elviña e Labañou	
Envíase unha proposta de categorías consideradas demanda impropia por parte dos investigadores á que os profesionais deben responder: a) Se se comprende / expresión correcta do ítem, b) Se o consideran ou non demanda impropia en atención primaria, c) Suxestións sobre outros ítems que poderían engadirse Acéptase como definición consensuada o ítem que alcanza un 80% de acordo		
Categorías de demanda impropia		Grao de acordo
1)Petición de receitas que deberían ser prescritas/emitidas no hospital: A. En urxencias hospitalarias. B. Á alta dun ingreso no hospital. C. En consultas externas. D. Á alta dun centro concertado.		100% 100% 100% 89%
2) Información de resultado de probas diagnósticas solicitadas dende o hospital.		89%
3) Solicitud de volante ou folia de interconsulta para probas diagnósticas indicadas no nivel hospitalario, incluíndo solicitude de volantes entregados no hospital e posteriormente extraviados.		100%
4) Solicitud de interconsulta para revisión de problemas crónicos que xa deberían ter sido citados para revisión na consulta hospitalaria previa.		100%
5) Solicitud de interconsulta a radioloxía por non estar informada a radiografía ou cando é o propio radiólogo quen indica a realización doutra proba complementaria, como pode ser un TAC ou unha RNM.		100%
6) Solicitud de transporte sanitario non urxente para citas hospitalarias (non solicitadas dende atención primaria).		94%

7) Partes de incapacidade temporal: Realización de baixas laborais de pacientes ingresados no hospital.	84%
8) Pacientes remitidos dende o Servizo de Urxencias de Atención Primaria (PAC) ou dende as Urxencias Hospitalarias para ser atendido ao día seguinte da súa atención, sen que sexa necesario un seguimento tan próximo no tempo	100%
8) Petición de informes de capacitación laboral ou capacitación física para acceso a unha praza de funcionario ou para presentarse a unha proba de avaliación do estado físico.	89%
9) Petición de xustificante de ausencia para centros educativos.	100%

Táboa 2. Propostas de definicións de demanda impropia non incluídas no estudo

Rexéitanse por non alcanzar o 80% de acordo:
- Facer o volante para fisioterapia indicada desde servizos hospitalarios - Petición de evolución dun proceso de incapacidade temporal por parte de inspección médica cando a información xa está no ianus - Peticións de informes para incapacidade ou minusvalía cando a información xa está toda no ianus - Requerimentos de inspección médica cando a información está no ianus - Realización de fé de vida - Emisión de informes de xustificación de ausencia para o colexio ou para o traballo - Informes para o exame médico previo á renovación do carnet de conducir - Petición de probas diagnósticas indicadas desde a medicina privada - Petición de cambio de pauta de anticoagulación previo a cirurxía - Solicitude de información sobre a espera para unha proba complementaria solicitada tanto desde o hospital como desde a atención primaria - Solicitudes de interconsultas hospitalarias desde outra especialidade pero que remiten ao paciente a atención primaria para que se soliciten desde a nosa consulta - Citas de pacientes doutra quenda horaria pero que veñen no noso turno para demandas non urxentes - Petición de informes para entidades privadas como seguros médicos - Peticións de informes que os pacientes consideran necesarios porque son solicitados por outras institucións públicas, como para campamentos de discapacitados, axudas para alimentos... - Petición de información sobre a vacinación da COVID-19 - Petición de consulta para acompañante sen estar solicitada previamente - Petición de receitas que precisan homologación e son dados de alta do hospital sen homologar

Análise de datos: Para a análise estatística usouse o programa SPSS Statistics Versión 29.0.1.0 y Epidat 4.2. Determinouse a estimación de proporcións co intervalo de confianza (de demanda impropia, xénero, tipo de consulta), avalíouse a normalidade das distribucións mediante a proba de Kolmogorov Smirnov, as medias ou medianas coa desviación estándar ou rango intercuartílico (de idade, número de pacientes por día, tempo por paciente tendo en conta todas as citas), asociación de demanda impropia con idade do facultativo (U de Mann Whitney), xénero do facultativo, tipo de consulta, (chi cadrado, test exacto de Fischer), relación de demanda impropia e distancia en km ao hospital (regresión), regresión loxística considerando variable dependente a demanda impropia.

Aspectos éticos: O estudo foi evaluado positivamente pola xestión da área sanitaria de saúde en decembro de 2023: “relacionado directamente coa mellora da actividade asistencial na Atención Primaria e está conforme co análise a realizar e a posterior publicación dos resultados obtidos, sen incluír ningunha dato de carácter persoal dos pacientes”. Os datos foron recollidos de forma anónima polos profesionais que atendían aos usuarios, sen datos identificativos dos pacientes, eliminando calquera posibilidade de identificación do usuario a través dos datos. O tratamento analítico realízase no conxunto de toda a mostra, de forma anonimizada.

RESULTADOS

Recolléronse 5254 citas (n) de diferentes pacientes atendidos por 19 facultativos pertencentes a 14 centros de saúde da Área Sanitaria de A Coruña.

A mediana de idade dos facultativos foi de 62 anos (RIQ 9). O 60,2% son mulleres (IC95% 58,8-61,5) e o 39,8% homes (IC95% 38,5-41,2).

Os centros de saúde asignados a cada facultativo sitúanse a unha mediana de 5 km (RIQ 12) de distancia ao HUAC.

A mediana de idade dos pacientes foi de 60 anos (RIQ 45). O 61,4% (IC 95% 60,02-62,7) foron mulleres fronte un 38,6% (IC 95% 37,3-39,9) homes.

A demanda impropia representa un 8,5% (IC95% 7,71-9,24) do total de consultas. Os tipos de consulta vense na Táboa 3 e a distribución das categorías de demanda impropia na Táboa 4. A demanda impropia é diferente segundo o tipo de consulta (p<0,01) con presenza en exceso nas consultas forzadas dun 14,7% (IC95% 12,07-17,65).

Táboa 3. Tipo de consulta e demanda impropia

Tipo de consulta	Demanda Impropia		n Total % do total e Intervalo de Confianza (IC)
	NON n, % tipo de consulta e IC	SI n, % tipo de consulta e IC	
Demanda	2793 91,5%(90,47-92,48)	259 8,5%(7,52-9,53)	3052 58,1% (56,73-59,42)
Receitas	865 91,9%(89,99-93,58)	76 8,1%(6,42-10,00)	941 17,9%(16,88-18,97)
Programada	595 97,9%(96,37-98,86)	13 2,1%(1,14-3,63)	608 11,6%(10,12-12,47)
Forzada	557 85,3%(82,35-89,93)	96 14,7%(12,07-17,65)	653 12,4%(11,55-13,35)
Total	4810 91,5%(90,76-92,33)	444 8,5%(7,71-9,24)	5254 100%

Táboa 4. Proporción de categorías de demanda impropia

Categorías de demanda impropia	Número, proporción e intervalo de confianza 95%
Recetas que deberían prescribir no hospital	144 32,43% (28,10-37,00)
Información de resultados de probas solicitadas no hospital	76 17,12% (13,73-20,95)
Solicitud de volante ou folla de interconsulta para probas diagnósticas indicadas no nivel hospitalario	55 12,39% (9,47-15,82)
Solicitud de interconsulta para revisión de problemas crónicos que xa deberán ter sido citados para revisión na consulta hospitalaria previa	28 6,31% (4,23-8,99)
Solicitud de interconsulta a radioloxía por non estar informada a radiografía	56 12,61% (9,67-16,06)
Solicitud de transporte sanitario non urxente para citas hospitalarias (non solicitadas dende AP)	14 3,15% (1,73-5,23)
Partes de IT a pacientes ingresados	18 4,05% (2,42-6,33)
Pacientes remitidos desde o servizo de urxencias de atención primaria (PAC) ou dende urxencias hospitalarias para ser atendido ao día seguinte da súa atención	20 4,51% (2,77-6,87)
Petición de informes de capacitación laboral ou capacitación física para acceso a unha praza	21 4,73% (2,95-7,14)
Xustificante de ausencia para centros educativos	12 2,70% (1.40-4.67)

As médicas atenden máis demanda impropia que os médicos: 10,23% (IC 95% 9,21-11,36) en médicas fronte ao 5,7% (IC 95% 4,78-6,82) en médicos, un 38% máis de probabilidade de atender demanda impropia nas médicas que nos médicos (OR 1,38 IC 1,075-1,785). Hai tamén diferenza por idade, con maior proporción nos de menor idade. Por cada ano de idade do facultativo redúcese a probabilidade de atender demanda impropia un 4%(IC95% 5,1-2,9). A maior distancia do hospital (HUAC) menor proporción de demanda impropia (OR 0,989 IC95% 0,983-0,995), un 1,1% de redución por kilómetro de distancia (Táboa 5).

Táboa 5. Factores asociados a demanda impropia. Regresión loxística

Variables en la ecuación									
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
Paso 1 ^a	Idade do facultativo	-,041	,006	47,660	1	<,001	,960	,949	,971
	Xénero facultativo	,326	,130	6,329	1	,012	1,385	1,075	1,785
	Idade do paciente	-,001	,003	,071	1	,789	,999	,994	1,005
	Xénero do paciente	,065	,105	,377	1	,539	1,067	,868	1,311
	Distancia km	-,011	,003	13,727	1	<,001	,989	,983	,995
	Constante	-,523	,529	,977	1	,323	,593		

a. Variables especificadas en el paso 1: Idade do facultativo, Xénero facultativo, Idade do paciente, Xénero do paciente, Distancia km.

Non existe unha diferenza de demanda impropia segundo a idade e xénero do paciente.
A duración das consultas e axendas así como o número de consultas de demanda impropia por axenda e día vese na Táboa 6.

Táboa 6. Mediana e rango intercuartílico de duración da axenda, consultas e demanda impropia

Duración total da axenda/día	Mediana de 390 minutos (RIQ 79,75)
Duración de cada consulta	Mediana de 11,29 minutos (RIQ 2,53)
Número de pacientes atendidos por axenda e día	Mediana de 32,5 pacientes (RIQ 9)
Número de consultas con demanda impropia por axenda e día	Mediana de 2 consultas de demanda impropia (RIQ 3), media de 2,86

DISCUSIÓN

A proporción de demanda impropia no noso estudo foi do 8,5% (IC 95% 7,71-9,23). Esta variable foi definida polo consenso de dezanove médicos de familia da Área de Saúde de A Coruña, mediante validez de criterio (consenso de expertos). Hai aproximacións a este concepto de forma completa ou parcial en diversas publicacións: Casajuana (10) falaba xa do concepto “demanda previsible” e “demanda non previsible”. O documento da Sociedade Española de Medicina Familiar e Comunitaria (SEMFYC) onde se fala de Estratexias urxentes a realizar a curto prazo para a Transformación da atención primaria utiliza o termo “carga impropia”, equiparable ao usado no noso estudo. A definición de demanda impropia neste estudo foi moi restritiva, son incuestionables as súas categorías aínda que é seguro que moitos botarán de menos outros ítems. Os profesionais que participaron na súa elaboración fixeron propostas de máis ítems pero todos estaban de acordo nas categorías usadas.

A importancia de cuantificar a porcentaxe que representa nas nosas axendas a demanda impropia xustifícase pola relación que garda co risco de burnout dos médicos e médicas de familia (2). Múltiples estudos e sociedades científicas poñen en relación directa a carga asistencial co empeoramento da calidade da atención, a insatisfacción dos usuarios e o estrés laboral nos profesionais (6,11), pero neste caso non é só un factor cuantitativo senón cualitativo que afecta ao valor como profesional dentro do sistema e sociedade.

Atopamos asociación significativa entre o xénero e idade do facultativo coa probabilidade de atender demanda impropia. Algo similar xa fora referido en artigos clásicos, onde se falaba dunha maior

frecuencia de asistencia ás consultas ante facultativos de menor idade (10), sen referir relación co xénero. Sería interesante no futuro, estudar se existe un posible factor confusor entre a menor idade do facultativo e a demanda impropia, que se xustifique debido á menor lonxitudinalidade (menos anos na mesma cota de pacientes) que teñen os médicos (neste caso médicas) máis novas, o que estaría en relación, segundo o mesmo artigo mencionado previamente co risco de hiperfrecuentación, sen poder descartar outras causas.

Os nosos datos de tipo de consulta son lóxicamente diferentes aos estudos realizados antes da informatización da sanidade xa que neste caso as receitas e partes de baixa representaban un 40-50% das consultas (10), lonxe do noso 17,9% das receitas. Porén esta redución da burocracia non tivo unha repercusión real na mellora da xestión da axenda, nin supuxo unha diminución no número de pacientes atendidos ao día, comparando os 32,5 de mediana de pacientes/día do noso traballo coa media de 35-40 no 2004 (10), case 20 anos despois.

Con respecto ao número de consultas forzadas ou urxentes, as cifras son similares a outros estudos publicados (12), sendo nos nosos datos dun 12,4% fronte ao 8% deste estudo. Este dato cobra máis importancia se o comparamos co número de citas programadas (11,6%). O feito de que a atención forzada represente unha proporción similar á programada, implica non só un problema na autoxestión das nosas axendas, senón tamén, e máis importante, unha probable perda na calidade asistencial dos nosos pacientes. Ademais, se nos fixamos nos nosos propios datos, a porcentaxe de demanda impropia é claramente superior nas citas forzadas (14,7%), sendo esta asociación estatisticamente significativa. É dicir, estamos dedicando máis tempo a ver consultas solicitadas no propia día (algunhas veces sen xustificación obxectiva) en lugar de dedicarllo a outras actividades esenciais para a nosa boa práctica clínica. Tanto nos documentos das Sociedades científicas sobre as reformas que necesita a Atención Primaria (11), como no Plan de Acción de Atención Primaria e Comunitaria (que se enmarca dentro do Plan Estratéxico de Atención Primaria e Comunitaria) do Ministerio de Sanidade (4), como no propio documento do Servizo Galego de Saúde sobre os criterios de calidade das axendas (13), fálase da importancia do fomentar a autonomía dos profesionais para a xestión das súas axendas. Atendendo aos datos do noso estudo, e tendo en conta que a consulta programada ten moito que ver con esta autoxestión, refórzase esta importancia xa que podemos ver como esta variable é a que menos demanda impropia ten asociada cunha porcentaxe de 2,1%.

Outro dato que nos gustaría destacar, vai en relación ao tempo estimado de duración da consulta. Os datos do noso estudo falan dunha mediana de 390 minutos de actividade asistencial, é dicir, dunha xornada laboral de 420 minutos só nos restan 30 minutos para completar o horario. Cunhas axendas programadas para unha actividade asistencial de 300 minutos (5 horas) (13), a realidade mostra que os médicos dedicámoslle 90 minutos máis dos previstos. Iso obriga a trasladar outras actividades fóra do horario laboral (formación, docencia, sesións clínicas ou atención comunitaria), ou o que é peor, a renunciar a elas. Esta saturación das axendas tamén afecta á saúde dos nosos pacientes con necesidades de atención domiciliaria (inmobilizados ou paliativos). A Atención Primaria, que debería liderar esta atención, vese desbordada por unha demanda “á porta” mentres confía en que estes pacientes (ou os seus coidadores) saiban avisar a tempo cando xurda unha crise (14). Polo tanto, cando falamos da importancia de sacar das nosas axendas todo aquilo que non nos corresponde resolver a nós, non só estamos a reivindicar unhas mellores condicións laborais para a profesión, estamos tamén a falar de mellorar a atención que damos aos nosos pacientes (4,11).

A selección non probabilística dos facultativos non permite extrapolar os datos a toda a Área de Saúde ó non poder asegurar que a mostra é representativa da mesma, unha das eivas do estudo e materia pendente para novas investigacións sobre esta grande preocupación dos médicos de familia. Porén, o elevado tamaño da mostra aumenta a potencia do estudo e reduce o intervalo de confianza dos resultados.

Outra das limitacións do noso estudio, pero que asumimos dende un primeiro momento para poder facilitar a recollida de datos dos colaboradores, foi a medición do tempo en termos absolutos de duración da axenda. Non rexistramos os valores reais de duración de cada consulta dentro da axenda. A mediana de duración de cada consulta foi de 11,29 minutos (RIQ 2,53), sendo a media de 11,37 minutos. A mediana de demanda impropia por axenda e día foi de 2 (RIQ 3), sendo a media de 2,81. Tendo en conta estes datos, podemos estimar (coas limitacións existentes) que cada día consumimos uns 22 minutos das nosas axendas en resolver demanda impropia.

Chama a atención, que tendo en conta a importancia tanto cuantitativa como cualitativa que ten na nosa xornada de traballo a demanda impropia (acadando un 8,5% da nosa axenda), que este termo ou un equivalente non estea recollido en proxectos de organización asistencial como o recente XIDE (15).

Dentro dos datos de demanda impropia do noso estudo, a emisión de receitas prescritas por outros facultativos de atención hospitalaria, representou o 32,43% das demandas impropias rexistradas. Xa no ano 2007, nunha instrución da Secretaria Xeral do Servizo Galego de Saúde, en relación co Plan de mellora de atención primaria de Galicia 2007-2011 recollía recomendacións e liñas de traballo para conseguir a desburocratización das consultas médicas (16). Unha destas recomendacións era a eliminación da burocracia delegada aos facultativos de Atención Primaria. O primeiro dos puntos desta instrución xa falaba de: expedición de receita por quen prescribe o tratamento. A primeira receita debe emitila o facultativo que prescribe o tratamento, sen que, en ningún caso, se remita o paciente a outro facultativo meramente expedidor. Máis de 10 anos despois os médicos de familia seguimos asumindo unha carga de traballo indebida en relación cos receitas prescritas pero non emitidas noutros niveis asistenciais.

As medidas correctoras da demanda impropia son cambios na organización do sistema sanitario: o hospital ten que ter vías de información (telefónica ou mediante formulario telemático) de probas diagnósticas solicitadas polos seus facultativos e de corrección de erros (falta de volantes de análise, emisión de receitas, citación directa no hospital cando está indicada a revisión como por exemplo no caso de cataratas..., prescrición de transporte sanitario, informes de radioloxía, cubrir baixa laboral de pacientes ingresados), recomendación de revisión polo médico de familia no tempo adecuado, non ao día seguinte de ser atendido o paciente en urxencias, cando esa consulta non aporta beneficio, e cambios na administración pública cancelando a petición de xustificantes de ausencias ao colexio e de informes de capacitación laboral para traballos na administración pública. A atención primaria/medicina de familia non debe ser o último recurso ou caixón de xastre onde o paciente acode para resolver as eivas do sistema nin é a emisora de informes (capacidade laboral...) da propia administración. Cada peza no sistema sanitario debe atender a súa propia demanda. Para o sistema (direccións, facultativos hospitalarios) é cómodo utilizar aos médicos de familia xa que están estendidos polo territorio e evita crear novos circuitos de información e de corrección dos seus propios erros, pero a demanda impropia é lesiva para atención primaria tanto en tempo como causa de burn out do médico de familia.

O estudo invita a considerar outras posibles liñas de investigación no futuro, como son facer un estudo cunha mostra representativa de toda a Área de Saúde e comparar con outras Áreas para comprobar a consistencia dos resultados; comprobar a consistencia dos nosos resultados de asociación de demanda impropia con xénero feminino e menor idade do facultativo; coñecer o tempo por consulta xa que permitiría cuantificar con exactitude o tempo da axenda dedicado a resolver demanda impropia e así coñecer a magnitude da ineficiencia. Observamos no estudo un dato non buscado, e que non cuantificamos, como foi o feito xa coñecido de pacientes con varios motivos de consulta por cita. Sería útil en próximos estudos cuantificar o número de demandas por cita, a efectos de poder planificar mellor os tempos de citación.

CONCLUSIÓN

Podemos concluír que a proporción de demanda impropia é elevada, dun 8,5%, un mínimo de 7,71% cunha confianza do 95%, que se asocia ao xénero feminino, menor idade do facultativo e o tipo de consulta forzada. A mediana de tempo dedicado a resolver a axenda é de 390 minutos, unha hora e media máis do recomendado na axenda de calidade. A mediana de demanda impropia por axenda e día foi de 2 (RIQ 3), medias 2,86.

Conflitos de interese: os autores declaran non ter conflito de interese

Financiación: a presente investigación non recibiu axudas específicas de axencias do sector público, sector comercial ou entidades sen ánimo de lucro

Contribución dos autores: todos os autores participaron no deseño, recollida e análise de datos, redacción e revisión crítica do estudo.

Agradecementos: Agradecemos o asesoramento metodolóxico de Inmaculada Gómez Besteiro e Vanesa Balboa Barreiro, da Unidade de Apoio á Investigación do CHUAC. Agradecemos tanto a colaboración na definición da variable demanda impropia como na recollida de datos, todos os días que lles foi posible aos facultativos seguintes. Sen eles sería imposible este traballo. CS Abente: Luís Ramil Hermida; CS Adormideras: Ana Prada Vigil, Rosa Rodríguez Álvarez; CS Arteixo: Alba Quiroga Luis; CS Cambre: Pilar Ares Sierra; CS Carballo: Ana Rilo Castelao; CS Casa do Mar: Ana Carvajal de la Torre; CS Elviña: Jesús Caeiro Castelao; CS Labañou: Adolfo Pérez Fernández; CS Matogrande: Silvia Fandiño Pérez; CS Os Mallos: Cristina Casal Peteiro, Ana Zamora Casal; CS Miño: Cristina Oves Costales; CS Rosales: María Luísa Fernández Bujía, Vicente Fernández Rodríguez; CS San Xosé: Rosario Aguado Martín, Ángel Núñez Vázquez, Ramón Veras Castro; CS Ventorrillo: José Luís Muñoz Novoa; CS Vimianzo: Teresa Castro Villaverde, Sandra Suárez Abelenda.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Dios del Valle R, Franco Vidal A. Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción. *Semergen*. 1 de febrero de 2007;33(2):58-64.
2. Yebra Delgado S, García Faza V, Sánchez Calvo A, Suárez Gil P, González Gómez L. Relación entre la inteligencia emocional y el burnout en los médicos de Atención Primaria. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2020;46(7):472-8.
3. Buendía SC, Lozano IN. Desburocratización de la consulta. *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2020;27(4):194-9.
4. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. 2021 [citado 30 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf
5. Grupo de traballo da Consellería de Sanidade. Por unha acción vertebradora do sistema de saúde. [Internet]. 2019 [citado 30 de abril de 2023]. Disponible en: sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1154/Por%20unha%20atención%20primaria%20vertebradora%20do%20sistema%20saúde.pdf
6. SEMFYC. Propuestas para bajar la presión asistencial. Estrategias urgentes y a corto plazo. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2023/03/Bajar-presion14-03-23.pdf>
7. Quintana Gómez JL. La burocracia en Atención Primaria: una tontería electrónica no deja de ser una tontería. *FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2010;17(6):400-4.
8. De Dios del Valle R. La gestión de la demanda en Atención Primaria: un reto por resolver. *Journal of Healthcare Quality Research*. 1 de mayo de 2023;38(3):131-2.
9. López Ruiz A, Esnaola Suquia S, Guinea Martín J, Carmen Gómez Corral M. Limitaciones del muestreo en, estudios de atención primaria: comparación de cuatro diseños muestrales. *Gac Sanit*. 1 de enero de 1992;6(28):19-24.

10. Casajuana Brunet, Josep, Bellón Saameño, Juan Ángel. La gestión de la consulta en Atención Primaria [Internet]. [citado 30 de abril de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/21550559-La-gestion-de-la-consulta-en-atencion-primaria.html>
11. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Un nuevo modelo de Atención Primaria. [Internet]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/un-nuevo-modelo-de-Atencionprimaria/>.
12. Millas Ros J, Otegui Recio A, Perez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martinez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? Atención Primaria. 2011;43(10):516-22.
13. Servizo de Atención Primaria, Subdirección Xeral de Atención Primaria, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Criterios de calidade das axendas dos/das médicos/as de familia de Atención Primaria. Santiago de Compostela. 2021.
14. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Atención al final de la vida. Barcelona; 2022. 219 p. (AMF ESENCIALES.).
15. López-Pardo Pardo ME, Represas Carrera FJ, Bustelo Cerqueiras V, Rego Romero E, Pérez Dalí A, Rodríguez Abellón MJ, et al. Sistema inteligente para la gestión de la demanda en atención primaria. Journal of Healthcare Quality Research. 1 de mayo de 2023;38(3):144-51.
16. Secretaría Xeral do Servizo Galego de Saúde. Instrución 16/2007: Tramitación de determinados aspectos da actividade profesional dos facultativos de Atención Especializada. [Internet]. Disponible en: https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/15242/instrucion_16-07.pdf?sequence=1&isAllowed=n

PUNTOS CHAVE

O COÑECIDO SOBRE O TEMA:

- *A demanda impropia é un dos motivos máis importantes de burnout dos médicos de familia.*
- *Non existen estudos previos que definan nin cuantifiquen a demanda impropia nas axendas dos médicos de familia.*

QUE APORTA ESTE ESTUDIO:

- *Fai unha definición de consenso da demanda impropia entre médicos de familia.*
- *Cuantifica por primeira vez a porcentaxe de demanda impropia que temos nas nosas axendas.*
- *Fai unha aproximación ao tempo de axenda adicado cada día a resolver asuntos que deberían ter sido resoltos noutros ámbitos.*