



GRUPO DE GESTIÓN CLÍNICA

La miogestión. Consejos prácticos para la gestión de tu consulta Características básicas de la agenda

Documento del grupo de trabajo de Gestión Clínica.
Trabajo coordinado por:
Dr. JJavier Blanquer
Gregori
Dra. Inés Montiel Higuero

El presente documento es un extracto.

El documento completo se puede descargar en http://www.svmfyc.org/Grupos/Publicaciones/Mio_GestionConsulta.pdf

BIBLIOGRAFÍA:

Casajuana J. Bellón JA. La gestión de la consulta en atención primaria, EN: Martín Zurro, A.; Cano Pérez, J.F.; eds: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona. 2003. Quinta edición. Elsevier ED:84-109.

Ruiz Téllez A. La Demanda y Agenda de Calidad en Atención Primaria. INSTITUTO @pCOM (Instituto para el Conocimiento, Organización y Mejora de la Atención Primaria), 1997.

Ruiz Téllez A. La flexibilización de la consulta en los picos de demanda. *Atención Primaria* 2001; 28(1): 1 - 3.

Revisar la configuración de nuestra agenda es un ejercicio básico y sencillo que nos puede aportar información fundamental para completar nuestro análisis de la realidad de la consulta. Las agendas son un proceso dinámico que precisa la interrelación de todos los agentes implicados en dicho proceso y la participación de los mismos en su gestión diseño y ejecución, incluyendo enfermería y los profesionales del servicio de admisión. Es claro que no es igual la conceptualización de una agenda cuando estamos trabajando con papel que con cita informatizada, y mucho menos si existe un programa de historia clínica informatizada donde el profesional puede citar al paciente desde la propia consulta. A continuación planteamos algunos conceptos de importancia que deberíamos revisar en cuanto al diseño y características de nuestra agendas.

Existe diversificación de la oferta horaria. Se suele admitir como un criterio de calidad en tanto que mejora la accesibilidad, el que todos los profesionales realicen parte de su actividad asistencial en un turno horario diferente a su horario habitual. Los profesionales que prestan asistencial preferentemente en turno de mañana

deben tener algún día de oferta horaria por la tarde, y viceversa. Se debe ofertar consulta, para cada uno de los profesionales dentro del horario de apertura del centro, a lo largo de la semana, de tal forma, que sin incremento del tiempo final de consulta, los pacientes propios puedan acceder a la propia consulta tanto a las 8h, como a las 12, como a las 14h, como a las 16h, al menos un día a la semana.

También debemos considerar la libre elección, por parte del paciente, de la hora. Y por último debemos ajustar el tiempo total de la jornada evitando las horas muertas (sesión clínica a las 8:00 y no a las 8:30 horas).

Se limita la antelación con la que un paciente puede solicitar cita espontánea. Si se deja sin límite, la realidad mostrará que casi nadie pedirá cita espontánea con más de 5 días de antelación. Debemos tener en cuenta, que cuanto mayor es la antelación con que se da la cita, mayor es el grado de incumplimiento (con 24 horas de antelación el incumplimiento oscila entre el 5 y el 10%).

Se han contemplado tiempos en común. Sería la primera decisión a acordar, alrededor de la que se organizará



toda la atención de consultas. Es el tiempo de reunión, que puede oscilar entre 2 ó 4 horas semanales.

Seguimos manteniendo agendas sectorizadas: Existe una cierta tendencia a definir diferentes tipos de citas (programada / cita previa / espontánea ...) en tramos horarios específicos. La separación entre visitas programas y de cita previa, y lo que es más grave el establecer horarios de cita para consultas administrativas, es mantener la ya anticuada filosofía en la que existían unas consultas que podríamos denominar “de batalla”, y unas consultas de “calidad” que eran las programadas.

Con esta filosofía inventamos tres tipos de pacientes: los programados (a menudo forman parte de la ley de los cuidados inversos), los demás y los de recetas. Estos dos últimos si no tienen la suficiente habilidad o patología aparente para conseguir de sus médicos una visita programada, quedarán relegados a las consultas espontáneas. Pero además, al dedicar una parte de la agenda a la consulta programada (a instancias del profesional) el tramo horario que queda disponible para la persona que quiera solicitar consulta “normal” o “una receta” queda muy restringido, existiendo por tanto una merma en la accesibilidad

horaria.

Es evidente que en determinados casos vamos a necesitar una consulta más larga, pero eso puede hacerse dando una cita que incluya 2 o 3 módulos de citación según sea el caso.

De hecho, si a todo paciente que sabemos que debe volver (asistenciales previsibles), nosotros le damos la cita, podemos ajustar el tiempo de esa cita según nos interese. Si somos nosotros los que controlamos la cita también podremos actuar sobre los pacientes dependientes o hiperfrecuentadores, evitando las ausencias de sus profesionales de referencia.

Se debe realizar un esfuerzo para programar agendas con, al menos, seis meses de antelación. Ello obliga a los profesionales a establecer los calendarios de guardias, rotaciones, permisos, ausencias previstas, etc, es decir, cuestiones de organización que deben informarse oportunamente al Área de Atención al Cliente.

Llevamos un sistema de control interno de los resultados de la analítica. Con el objetivo de evitar el que el paciente tenga que llamar varias veces o sea citado de nuevo para poder obtener sus resultados.



Las agendas son de personas o de prestaciones. Debemos contemplar la posibilidad de que un paciente citado pueda recibir en un único contacto todas las prestaciones que precise para su atención (por ejemplo, analítica, electrocardiograma y visita por el profesional sanitario).

Tenemos una distribución homogénea de los “vacíos”. Una agenda bien diseñada no se va a llenar completa y correlativamente la mayoría de los días. Así cada visita no asignada es tiempo que puede invertirse de una u otra manera en función de su distribución. Si todas las citas vacías quedan al final de la consulta, el tiempo sobrante no podrá repercutir en el resto de pacientes del día, dado que ya habremos acabado la consulta. Para que este tiempo pueda aprovecharse en una mayor dedicación al resto de usuarios debe buscarse un diseño que permita que los espacios vacíos queden distribuidos a lo largo de todo el horario de atención. Estas citas marcadas no deben ser asignadas a ningún paciente hasta que el total de las otras citas ha sido asignado.

Se adapta a las variaciones de la demanda. El comportamiento de la demanda es distinto en invierno y en

verano, e incluso puede haber importantes variaciones entre días de la semana. No parece razonable establecer agendas rígidas, sino que debemos intentar, un diseño que tenga en cuenta la epidemiología estacional, los picos semanales, etc. Podemos establecer agendas que se amplíen “automáticamente” cuando crece la demanda utilizando un formato similar al comentado en el punto anterior. Así, dispondremos que una de cada 6 o 7 consultas esté marcada específicamente, y sólo pueda ser asignada a un paciente cuando se genere una espera superior a las 24 o 48 horas (en general no se debería admitir una espera superior). En este diseño tendríamos que tener en cuenta: tener una actitud de protección al bajo frecuentador, poder asumir las faltas de compañeros que no acuden a trabajar, etc.

Se han diseñado “Colchones” de recuperación de retraso. Por las propias características de la actividad, con cierta frecuencia se generan retrasos en la entrada a consulta. La existencia de espacios sin citas que actúan de “colchón” para recuperar los posibles retrasos generados, puede permitir disminuir o minimizar los retrasos, aunque puede



tener el efecto, cuando la agenda está muy llena, de comprimir el resto de las citas al tener una parte del espacio de citación no disponible.

Dispongo de una agenda paralela médico-enfermera. Para posibilitar la actividad interrelacionada de ambos profesionales, es preciso que las agendas de ambos profesionales de una misma UBA sean paralelas.

Se ha establecido un ritmo Individualización de los tiempos de consulta. Las agendas deben contemplar los aspectos individuales, y ser adaptables en lo posible al profesional, no al revés. Por tanto, sin dejar de respetar unos elementos comunes generales (el número de visitas es uno de ellos), la distribución de las citas en la agenda debe individualizarse en lo posible, en función del ritmo de cada profesional.

Podemos gestionar la “expectativa de espera”. El hecho de dar una hora de visita al usuario implica una determinada expectativa (ser visitado a la hora indicada). Cuando se genera retraso, si este es importante, se incumple con la expectativa lo cual genera insatisfacción. Pero si además el paciente desconoce el volumen de este retraso, se queda sin una expectativa, sin una referencia de cuando puede ser visitado, aumentando su insatisfacción progresivamente. Es necesario gestionar esta expectativa, ofreciendo información que le permita conocer más o menos, la situación del retraso.