



EL TRABAJO DE LOS GRUPOS

GRUPOS DE TRABAJO DE LA SVMFiC

ABORDAJE AL TABAQUISMO

Javier Mataix Sancho mataix_jav@gva.es

ATENCION A LA FAMILIA

Carmen Fernández Casalderrey fernandez_car@gva.es

ATENCION A LA MUJER

Rosa González Candelas rgonzcandelas@ono.es

ATENCION DOMICILIARIA

Lorenzo Pascual López lpascual1@telefonica.net

BIOETICA

Ana María Costa Alcaraz anamc@ono.com

CARDIOVASCULAR

Antonio Fornos Garrigós med001964@saludalia.com

CIRUGIA MENOR

Francisco Beneyto Castelló pacobeneyto@hotmail.com

DIABETES

Jorge Navarro Pérez navarro_jorper@gva.es

EDUCACION MEDICA Y DESARROLLO DOCENTE

Marta Álvarez Martínez martaalvarezmartinez@hotmail.com

ENTREVISTA CLINICA

Carmen Fernández Casalderrey fernandez_car@gva.es

GESTION

Victor Pedrera pedrera_vic@gva.es

INFECCIOSAS

M^aJosé Monedero Mira mjosem@ono.com

MEDICAMENTO

Ermengol Sempere Verdu MERESEMPERE@terra.es

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Joan Puig Barberá joanpuigb@terra.es

OBESIDAD

Adelina Corbacho Godes adelinacorbacho@hotmail.com

RESPIRATORIO

José Ignacio Sánchez González sanchez_jig@gva.es

REUMATOLOGIA

Vicente Giner Ruíz giner_vic@gva.es

SISTEMAS INFORMACION

Manuel Pascual De La Torre pascual_man@gva.es

URGENCIAS

Manuel Carbonell Soriano manocar@ono.com

UROLOGIA

Miguel Prosper Sierra mprospers@papps.org

VACUNAS

Joan Puig Barberá joanpuigb@terra.es

GRUP DEL MEDICAMENT DE LA SVMFiC

Nom del grup

Grup del Medicament

Data de constitució

Maig de 2004

Coordinador del grup

Ermengol Sempere Verdú

Components

Salvador Miralles Gisbert, José Luís Beltrán Brotons, Vicenta Alborch Bataller, Carlos Catalán Oliver, Vicente Palop Larrea, Jose Manuel Soler Torró, Asunción Ajenjo Navarro, Jose Iranzo Velasco, Inés Montiel Higuero, Dantés Tórtola Graner, M^aJosé Monedero Mira, Antoni Bayón Rueda, Marcia Enguidanos, Francesca Juan i Espert.

Situació de partida i activitats:

El Grup del Medicament de la SVMFiC es va constituir el maig de 2004 amb la missió de "promoure l'ús racional del medicament en l'àmbit valencià de l'atenció primària de salut, mitjançant la intervenció sobre els diferents agents implicats en la cadena del medicament, especialment sobre els professionals sanitaris, l'administració sanitària i els usuaris, però també sobre la indústria farmacèutica i les oficines de farmàcia. El grup farà un especial èmfasi en tractar de millorar la informació i les condicions necessàries per a fer una prescripció de qualitat".

El Grup ha estat els seus primers mesos de funcionament definint les línies generals d'actuació i la seua organització interna. Ha fet una èmfasi especial en establir relacions fluides entre els seus membres, fomentant la ràpida comunicació i el debat a través



d'internet, tant en els aspectes relatius a les opinions dels seus membres, com a vehicle d'informació sobre medicaments. Els membres del Grup estan tan interessat en la formació continua (pròpia) com en actuar en els diferents aspectes que influeixen en la prescripció de medicaments.

dels seus membres, com a vehicle d'informació sobre medicaments. Els membres del Grup estan tan interessat en la formació continua (pròpia) com en actuar en els diferents aspectes que influeixen en la prescripció de medicaments.

Entre les seues activitats del seus primers 12 mesos cal destacar:

1. Creació del “Document constituent”, amb la definició de les normes ètiques per als seus membres.
2. Debat sobre la utilització de la pertinença a grups de treball de la Societat en la promoció de medicaments. A propòsit del cas de l'ezetimiba. Redacció de una carta finalment no publicada.
3. Sol·licitud de participació en la Comissió d'Estudis Postcomercialització”, i en el Comité d'Assaigs Clínics de la CV.
4. Revisió de la “Guía de Ayuda al Tratamiento en Situaciones Especiales” (GATSE).
5. Sol·licitud d'accés a les dades de GAIA.
6. Carta a la revista Inf Terap Sist Nac Salud, sobre el potencial terapèutic dels nous medicaments.
7. Enquesta sobre la demanda innecessària de receptes.
8. Enquesta d'opinió sobre els incentius per a l'ús racional de medicaments de la Conselleria.
9. Confecció d'una pàgina web sobre medicaments. De moment, a l'espera de ser acceptada per la Junta Directiva de la SVMFiC.
10. Elaboració de dues fulles d'informació per a pacients (conveni SVMFiC amb MSD): la importància de prendre bé la medicació, i l'insomni.
11. Creació d'un sistema intern de notícies (Noticiari) i alertes farmacològiques.
12. Assessorament a la Junta Directiva de la SVMFiC sobre el projecte de la Conselleria de Sanitat de creació de les anomenades “Comissions d'Intercanvi terapèutic”.
13. Col·laboració amb la revista C@P, amb la revisió de cinc articles sobre medicaments.
14. Definició dels criteris per a pertànyer al grup.
15. Proposta de declaració de conflicte d'interessos dels membres del grup. A propòsit de la publicació

de l'Ordre de la Conselleria de Sanitat de 30 de desembre de 2004.

16. Debat intern sobre l'“Atenció farmacèutica”.
17. Participació al Congrés autonòmic de la SVMFiC d'Oliva, maig de 2005. Participació d'un membre a una taula redona sobre els nous AINE, i presentació d'un taller sobre ús d'antidepressius.
18. Proposta d'organització d'una taula redona amb el lema “Medicament i societat” per al congrés de la semFYC de 2006 a València.

REALIDAD DE LA GESTIÓN CLÍNICA EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: [Estudio SyN-PC: Situación y necesidades en la práctica clínica]

Víctor Pedrera Carbonell
Médico de familia
Coordinador del Grupo de Gestión de la SVMFiC

El principal problema al que se enfrenta actualmente el Médico de Familia es la saturación de las consultas. Consultas que casi independientemente a variables a priori tan importantes, como el tamaño de los cupos, el acceso a pruebas complementarias o la dotación de los Equipos de Atención Primaria tanto en recursos humanos como materiales, rebasan el número de pacientes óptimo para realizar una labor de calidad. Nos planteamos con razón la necesidad de un mínimo de 10 minutos por paciente para realizar una labor adecuada pero; *¿nos hemos planteado para que vienen nuestros pacientes a consulta?*. Para lograr esos ratios de demanda que permitan atender a nuestros pacientes con calidad *¿debemos reducir los cupos o debemos gestionar las consultas de forma que accedan a nuestras consultas sólo aquellos pacientes que presenten problemas que competan realmente al Médico de Familia?*

Para poder contestar de forma objetiva a estas cuestiones debemos conocer la realidad de nuestras consultas; cual es el motivo principal y en qué actividades empleamos nuestro tiempo. Se encuentra poca bibliografía al respecto, resultando ser un tema muy opinado pero poco investigado y por otro lado los problemas organizativos son muy específicos de cada sistema sanitario. Del análisis bibliográfico se puede concluir que de la poca investigación realizada, ésta se hace fundamentalmente con datos secundarios a través de consultar documentos proporcionados por los sistemas de registro (historia clínica) y nunca con datos



primarios. En algunos estudios, se pone de manifiesto la necesidad de contar con fuentes de información más sólidas y fiables en las que se valide mejor la información existente, siendo la obtenida con estas fuentes habituales muy insuficiente.

La necesidad de contar con fuentes de información más sólidas y fiables en las que se valide mejor la información existente, siendo la obtenida con estas fuentes habituales muy insuficiente.

La gestión clínica se define como una iniciativa dirigida a optimizar al máximo la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente en las mejores condiciones para el profesional y a un coste que la administración pueda asumir. Su objetivo final es mejorar la calidad del servicio sanitario e implicar a todos los profesionales que participan en él.

La gestión de la consulta debe comenzar con el análisis de cada realidad concreta. Cuando conocemos el cuánto, el qué y el cómo de lo que estamos haciendo en la consulta, estamos en disposición de escoger las soluciones más pertinentes. Ello nos permitirá mejorar la utilización de las dos herramientas fundamentales que la condicionan: los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo).

Para gestionar la demanda es necesario conocer previamente de forma cuantitativa y cualitativa la realidad de la misma. El análisis cuantitativo permite conocer el número de pacientes atendido por cada profesional y relacionarlo con la población asignada. El análisis cualitativo permite clasificar las visitas según su motivo de consulta y su previsibilidad. Como la mayoría de estudios utilizan fuentes secundarias puede comportar un importante sesgo de medición que limite su validez interna.

En el Departamento de Salud 18 de la Comunidad Valenciana hemos pretendido conocer, con fuentes primarias (es decir, mediante observador externo), la situación real en la que se encuentran las consultas médicas de Atención Primaria de nuestro Departamento de Salud, para plantearnos soluciones que nos hagan mejorar y avanzar en la planificación y gestión de las consultas, optimizando los recursos y mejorar en definitiva la calidad asistencial. El objetivo fundamental de nuestro trabajo ha sido describir la actividad asistencial en función de la naturaleza de la consulta (previsibilidad) y las necesidades de los pacientes (contenido clínico) y analizar la relación que

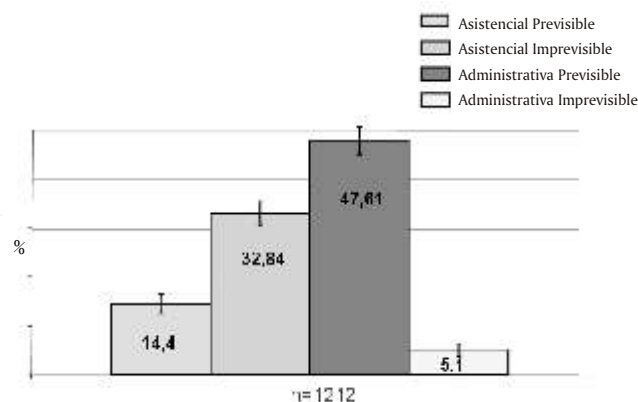
con dicha actividad tienen las características de la consulta, del paciente y del centro.

De forma genérica al analizar nuestros datos, obtenemos cuatro grandes conclusiones:

- La población acude a consulta fundamentalmente por necesidades burocráticas y/o médicas y dentro de este grupo, la patología crónica es la más prevalente. El 65% incluía consulta burocrática. El 36% realizaron consulta exclusivamente burocrática. Solo 3.4% hubo actividad preventiva. La actividad burocrática consume más tiempo que la clínica y preventiva juntas
- El 15% de la población (ancianos) genera el 36% de la demanda. Las mujeres el 57% de la demanda. La mayor edad, y las mujeres, constituyen factores que condicionan una mayor demanda.
- El tiempo medio de consulta es de 5.38 minutos/paciente. El 24% de los pacientes acuden sin cita previa. Un 15% de las consultas fueron realizadas por un familiar sin presencia del paciente. Solo el 0.7% fueron consultas telefónicas. Se utiliza poco el teléfono como medio de consulta y existen muchos pacientes sin cita lo que indica una gestión deficiente.
- El 7% fueron consultas urgentes y el aumento de la urgencia médica se realiza más en la población joven, y se justifica fundamentalmente por el hecho de no conseguir con prontitud la cita para ser visto por su médico.

Los resultados del estudio SyN-PC del análisis cualitativo de la demanda según la metodología de J. Casajuana atendiendo a los motivos de consulta se observa en la figura nº 1.

Figura nº 1





Los resultados del estudio SyN-PC del análisis cuantitativo de la demanda según la metodología de J. Casajuana en función de la presión asistencial y la frecuentación de los pacientes se aprecian en la tabla 1.

Tabla 1

CENTRO	PRESION ASISTENCIAL (nº visitas día)	FRECUENTACION (nº visitas habitante/año)*
ASPE	53,5	6,6
BIAR	27,5	6,6
ACACIAS	42,8	7
MARINA ESPAÑOLA	46,5	6,2
AVD. DE SAX	43	6,5
MONOVER	55,5	6,3
NOVELDA	40,2	5,4
PETREER	43,2	6
PINOSO	44,5	5,2
SAX	40	5,3
VILLENA	40,7	6,3
TOTAL	44,2	6,1

*fuente SIGAP

Estos resultados se corresponden con una situación de hiperfrecuentación y presión asistencial elevada.

La conclusión quizá fundamental, es que las variables del médico y su estilo de práctica clínica condicionan poderosamente la frecuentación de sus pacientes. Ello nos indica la necesidad de una mayor formación en gestión clínica. Una de las principales lagunas en la formación de los Médicos de Atención Primaria es la gestión de las consultas.

La primera medida es, por tanto, profundizar en la realidad de nuestras consultas conociendo tanto cualitativa como cuantitativamente las características de nuestra demanda con el fin de poner en marcha un plan anti-burocrático que permita sacar de las consultas este tipo de demanda lo que permitiría casi doblar el tiempo asistencial por paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. CASAJUANA BRUNET J, BELLON SAAMEÑO JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En Atención Primaria: Conceptos organización y práctica clínica. 5ª edición. Vol 1. 2003; 84-109.
2. OROZCO D, PEDRERA V, GIL VF, PRIETO I, RIVERA MC, MARTINEZ P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico. Aten Primaria 2004; 33 (2): 69-77.
3. URBINA O, MARCUELLO C, SERRANO GD, GARCIA FJ. ¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en Atención Primaria para medir la eficiencia? Atención Primaria 1997; 20: 191-194.
4. MENDOZA C, MARTINEZ M.J, GONZALVEZ M.J, DE MAYA M.C, GOMEZ D. El conocimiento de la actividad asistencial: ¿otro factor profesional relacionado con la utilización?. Atención Primaria 2000; 25: 107-117.
5. BELLON JA. Como reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el usuario (I). C&P- Sesiones clínicas, 1998.
6. GRUPO DE TRABAJO SEMFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de Atención Primaria. Propuestas para la desburocratización. Atención Primaria; 1997, 21: 489-498.
7. GUARGA A, GIL M, PASARIN M, MANZANERA R, ARMENGOL R, SINTES J. Comparación de equipos de Atención Primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. Atención Primaria 2000; 26: 600-606.
8. Pedrera V, Orozco D, Gil VF, Prieto I, Moya MI, Sanchís C. Características e la demanda sanitaria médica en Atención Primaria de un Área de Salud de la Comunidad. Valenciana. Estudio SyN-PC. Aten Primaria 2004; 33: 31-37.