

Artículo especial

MEJORA DE LA CALIDAD Y DEL ACCESO MEDIANTE EL AUMENTO DE COMPETENCIAS DE ADMINISTRATIVOS Y ENFERMERO EN UN CONSULTORIO RURAL

**Roser Marquet Palomer,¹ Ferran Caritg,²
Montse Lopez,³ Montse Pi⁴**

1 Médica de Familia. Consultorio Local Sant Cebrià de Vallalta

2 Enfermero. Consultorio Local Sant Cebrià de Vallalta

3 y 4 Administrativa. Consultorio Local Sant Cebrià de Vallalta

Correspondencia:

Roser Marquet Palomer

Consultori Local Sant Cebrià de Vallalta

C. Miquel Martí i Pol, 1

08396 Sant Cebrià de Vallalta

Adreça electrònica: roser.marquet@gmail.com

Publicado: 1 de junio de 2009

Butlletí 2009, 27:10

Éste artículo está disponible en:

http://butlleti.camfic.org/Volum_26/AE_Millora_Qualitat_CAST.aspx

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Resumen

Objetivos de mejora: resolver los problemas de salud y las demandas de información y trámites de la forma más rápida posible y con los menos contactos posibles, mejorando al mismo tiempo la calidad de la atención que prestamos

Emplazamiento: consultorio rural.

Resultados esperados: demora media para cita previa médico y enfermero <0,5 días; resolución de visitas sin cita previa en el día para enfermería > 50%; entrega de resultado analíticos por consulta telefónica >50%; medida estándar de calidad asistencial (SQA) médico y enfermero >580 puntos.

Intervenciones: cambios en el proceso de obtención de recetas, comunicados IT, derivaciones, citaciones remotas...; cambios en el diseño de las agendas de médico y enfermero; promoción de la obtención de citas para **Sanitat Respon** e Internet; protocolización de la atención a las demandas sin cita.

Resultados: media de demora por cita previa 0,31 (médico) i 0,16 (enfermero); resolución de visitas sin cita previa por enfermería 76,28%; entrega del 75% de los resultados analíticos por teléfono; SQA 601,13 médico, 607,44 enfermero.

Conclusiones: el aumento de competencias de administrativos y enfermero y la reorganización de los procesos para hacerlo efectivo, mejorar el acceso y la calidad de los resultados de la atención en un consultorio rural.

Justificación y situación previa del tema

1. Definición de la oportunidad de mejora.

El proyecto de mejora tiene como ámbito de aplicación un consultorio local de un pueblo de montaña. El equipo humano habitual consta de un médico, un enfermero y dos administrativas que se alternan. Un equipo de médico y enfermero de pediatría 6 horas por semana. La población sobrepasa los 3.000 habitantes, repartidos entre un pequeño núcleo urbano y diferentes urbanizaciones de difícil acceso si no es en coche privado (hasta tres urbanizaciones).

El horario de apertura del consultorio es de lunes a viernes de 9 a 14 y martes y miércoles hay un refuerzo de médico y enfermero de 15:30-19:30.

El Hecho de que durante muchas horas los pacientes no puedan contactar con nosotros y el poco hábito de pedir una visita utilizando el número de *Sanitat respon* o Internet provoca que cuando una persona quiere ser atendida el mismo día, llama o viene al consultorio cuando abrimos, produciendo una distorsión en las visitas concertadas por el médico.

Por tanto, el equipo de personas habitual del consultorio nos planteamos cómo resolver la demanda "en el día" de la población en el menor tiempo posible, preferiblemente en el momento, haciendo disminuir el tiempo de espera para una cita previa tanto del médico como del enfermero. Por eso, había que quitar trámites burocráticos de las consultas, ampliar la utilización del teléfono e Internet y reorganizar las agendas. Una de las razones principales que nos llevó a querer resolver las consultas en el momento de recibir la demanda es que gran parte de población utiliza el pueblo como a "ciudad dormitorio", ya que se trabaja en los grandes pueblos de al lado y, por tanto, tienen dificultades para acceder al consultorio. La otra razón principal es que las distancias en las urbanizaciones son largas para hacer que vayan y vuelvan demasiadas veces.

Así pues, se tenía que modificar la distribución de la demanda y disponer de agenda diaria que permitiera la inclusión de visitas no programadas.

Paralelamente, se había incluido en la DPO de enfermería el "triage", y contábamos con un protocolo del Ámbito que podíamos aprovechar para implantar.

Todos estábamos de acuerdo en potenciar la consulta por teléfono, especialmente para resultados de pruebas analíticas, y los administrativos estaban dispuestos a asumir todas las gestiones burocráticas. Además, disponíamos del recurso *Sanitat respon* que no estábamos aprovechando.

Estos cambios se tenían que realizar al mismo tiempo que se mejoraban los indicadores de calidad asistencial y procurando que la población y las personas que trabajamos en el consultorio estuviésemos más satisfechos.

2. Indicadores de medida

En las **tablas 1 y 2** se pueden ver los indicadores utilizados según sean de acceso, globales o de prevención. En las **tablas 1 y 2** se pueden ver los indicadores utilizados según sean de acceso, globales o de prevención.

Tabla 1. Indicadores de acceso según nivel asistencial. Situación inicial (enero 2007) y final (diciembre 2007).

Indicadores	CONSULTORIO		EAP		ÁMBITO		ICS	
	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final
Cita previa médico								
Intentos con menos de 48 horas de demora (%)	87,3	100	79,1	86,6	74,8	87,7	71,5	86,2
Media de días de demora	1,4	0,3	1,8	0,9	1,7	1,0	2,3	1,0
Cita previa enfermero								
Intentos con menos de 48 horas de demora (%)	100	100	88,9	95,9	88,1	97,1	85,2	94,7
Media de días de demora	0,6	0,2	0,8	0,4	1,1	0,3	1,6	0,5

Tabla 2. Indicadores del estándar de calidad. Situación inicial (enero 2007) y final (diciembre 2007).

Indicadores globales	CONSULTORIO		META		MÁXIMO	
	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final
SQA médico	514,5	601,1	474,9	474,9	658	658
SQA enfermero	452,6	607,4	455,1	455,1	658	658

Indicadores prevención	CONSULTORIO		EAP		ÁMBITO		ICS	
	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final	Inicio	Final
Cribatge alcohol	56,4	61,5	36,6	43,6	37,0	43,5	30,8	35,0
Vacunación gripe (>59)	53,3	58,0	53,6	50,2	52,5	51,3	51,9	51,8
Vacunación gripe (población riesgo)	26,3	31,2	19,6	20,5	21,8	22,5	18,2	20,0
Vacunación neumococo (>59)	34,2	61,6	38,9	45,6	44,7	51,0	42,1	48,6
Vacunación tétanos	34,7	51,1	27,4	34,2	29,7	34,5	32,7	36,6

Tabla 3. Visitas "en el día" realizadas y resultas por enfermería (total año 2007)

UBA (*)	Números de visitas realizadas "en el día" por enfermería	Visitas resueltas por enfermería (%)
1	41	51,2
2	7	71,4
3	204	69,1
4	341	72,7
5	75	45,3
6	105	49,5
7	192	42,7
8	189	55,0
9	119	42,0
10	205	60,0
11	146	48,6
12	268	61,2
13	66	78,8
14	110	43,6
Consultorio	409	76,3
Total	2477	60,8

(*) Los números no se corresponden con las UBA reales

Objetivos de mejora

Objetivo principal:

Resolver los problemas de salud y las demandas de información y trámites de la forma más rápida y con los menos contactos posibles, mejorando al mismo tiempo la calidad de la atención que prestamos. Resultados esperados:

- Acceso a una visita con cita previa (CP) por el médico y por el enfermero para el primer día laborable (media de días de demora en la 'agenda inferior a 0,5).
- Acceso a una visita de enfermería para demandas "en el día" (U) durante todo el horario del consultorio (las personas que pidan visita para el mismo día son atendidas por el enfermero).
- Resolución de más del 50% de las visitas U por enfermería (no se citan para el médico o se derivan a una CP ordinaria).
- Acceso inmediato y sin programar a todo tipo de trámites en el mostrador durante todo el horario del consultorio.
- Acceso a consultas por teléfono (CT) al médico, al enfermero y al administrativo durante todo el horario del consultorio.
- Información sobre los resultados analíticos por teléfono (CT) en más del 50% de los casos
- Mejora de la medida estándar de calidad asistencial (SQA) tanto del médico como del enfermero hasta 580 puntos (máximo 658).

En las **tablas 1 y 2** se muestran las medidas de acceso y los indicadores globales y de prevención que configuran la SQA con las nuestras datos de partida y las comparaciones con el EAP, el Ámbito y el conjunto del ICS. No disponemos de datos de los mejores.

La determinación de los objetivos y las metas a conseguir las hemos elaborado por consenso entre los implicados, ya que o bien no tenemos referencias del entorno, o las que tenemos tienen un punto de partida peor que el nuestro, o se trata de centros grandes con una complejidad organizativa que hace que no nos posamos comparar con ellos.

En cuanto al acceso para CP y el SQA nuestros resultados ya son, en el inicio del proyecto de mejora, superiores o iguales a la meta de les DPO (455,08 para el enfermero y 474,85 para el médico), a los resultados del EAP, el Ámbito e ICS (**Tabla 2**).

En cuanto a la resolución de demandas U por enfermería, la meta de la DPO (20%) la hemos encontrado excesivamente baja. Nos consta que el posible *bench* (EAP Vilassar de Mar) tiene una resolución global del 52% en este tipo de visitas.

Beneficios adicionales:

- Aumento de la satisfacción y la autoestima de las personas que trabajamos en el consultorio por el incremento de la calidad de contenido de la tarea de cada uno y de los resultados del equipo.
- Aumento de la satisfacción de los pacientes por la facilidad y rapidez de la atención y porque se evitan desplazamientos.
- Aumento de la eficiencia en la utilización de los recursos humanos de qué disponemos, ya que la simplificación de procesos permite que todos los profesionales incrementemos la complejidad de nuestro trabajo.
- Mejora de la práctica de actividades preventivas y vacunaciones en la población que demanda usualmente sin CP.
- Incremento de la gestión de la CP por la población mediante el centro de llamadas (*Sanitat respon*) e Internet, reforzado por la inexistencia de demora por la CP.

Plan de acción

1. Consenso entre los profesionales del consultorio (dos administrativos, enfermero y médico). Enero de 2007.
2. Obtención de recetas de pacientes crónicos, comunicados de confirmación de IT, derivaciones, citaciones remotas, altas y solicitud de TIS... en el momento, sin restricción de horarios. Realizado por los administrativos. Enero-diciembre 2007.
3. Cambio en el diseño de las agendas del médico y el enfermero. Se reducen los tipos de visita a 4: CP, U, CT y revisión de historia (RH), las dos primeras de 10 minutos y las otras dos de 5 minutos. El cambio lo hace referente de UAAU del EAP a propuesta nuestra. Enero 2007.
4. Se empieza a promover la CP por *Sanitat Respon* y por Internet. Se ponen carteles informativos y se informa a cada persona que llama al consultorio del cambio de procedimiento. Estas acciones las realizan los dos administrativos del consultorio de forma permanente y reiterada. Febrero-diciembre 2007.
5. Cambio en el circuito de recogida de resultados analíticos. El enfermero revisa todos los resultados y los clasifica: en normales (reciben una llamada del administrativo comunicándolo), patológicos que puede resolver enfermería (el administrativo gestiona una CT con enfermería) o patológicos que debe resolver el médico (el administrativo gestiona una CT/CP por el médico). Este cambio lo ponen en práctica el enfermero y los administrativos. Febrero-diciembre 2007.
6. Discusión del protocolo de "Criba de enfermería" proporcionado por la SAP. Acuerdo entre médico y enfermero para utilización protocolizada de algunos

medicamentos según el problema del paciente. Mayo 2007.

7. Cambio en la distribución de las demandas de atención “en el día” de los pacientes. Todas las personas son atendidas primero por enfermería que evalúa la demanda, la resuelve si cae dentro de sus competencias, la deriva a CP por el médico o el consulta de forma inmediata, según su valoración. Este cambio lo ponen en marcha los administrativos, que informan a los pacientes y el enfermero. Mayo-diciembre 2007.

Dado el alto nivel de contacto entre los profesionales del consultorio, las pequeñas desviaciones del plan de acción que se han ido produciendo, fruto de problemas puntuales, se han corregido de forma inmediata hablándolo en las reuniones periódicas o en el mismo momento.

Resultados alcanzados y lecciones aprendidas

- Hemos alcanzado una media de 0,31 días de demora en la CP por el médico y 0,16 por el enfermero (**ver resultados en la Tabla 1**).
- Hay acceso a visita de enfermería U (sin CP) durante todo el horario.
- La resolución de enfermería ha superado nuestras expectativas, y se ha situado en un 76,28% (**ver resultados comparativos en la Tabla 3**) siendo la UBA que más visitas “en el día” ha realizado el enfermero de todo el EAP.
- Hay acceso a trámites inmediato durante todo el horario de apertura del consultorio.
- Hay acceso por CT al administrativo, al médico y al enfermero durante todo el horario de apertura del consultorio.
- El 75% de los resultados analíticos se resuelven por CT.
- El SQA ha superado nuestras expectativas y se ha situado en 601,13 puntos por el médico y 607,44 por el enfermero (**Tabla 2**)

Además, hemos constatado que...

- Los pacientes están encantados con la atención de trámites “al momento y en todo momento” en el mostrador de recepción y con la posibilidad de consultar y recibir los resultados analíticos por teléfono.
- En general, los pacientes aceptan bien que la atención a las demandas por problemas de salud “en el día” (o trámites que no puede resolver el administrativo) sean atendidos por el enfermero.
- Un profesional administrativo bien entrenado puede resolver la mayoría de necesidades de trámites administrativos de la población y puede comunicar resultados normales de pruebas por teléfono.
- Un profesional de enfermería bien entrenado y siguiendo un buen protocolo puede resolver, al menos, el 75% de los problemas “en el día” de la población.
- Se puede conseguir resolver todas las demandas “en el día” de la población, juntamente con una disminución de la demora por visita con CP tanto del médico como del enfermero.
- Aumentando las competencias del administrativo y del enfermero, el médico puede dedicar 10 minutos a las visitas con CP y las U que el enfermero no puede resolver, mejorando la calidad diagnóstica y terapéutica, mejorando la calidad de las actividades de cura de enfermería.
- La captación de la demanda “en el día” por el enfermero, mejora la práctica de las actividades preventivas y vacunaciones.

Podemos demostrar, si es necesario, la veracidad de los datos que proporcionamos. No declaramos ningún conflicto de interés en relación a esta iniciativa de mejora, a excepción del cobro de una parte de la DPO individual por estos resultados.

*Este trabajo ha sido galardonado **Ex aequo** con el Premio Academia/CAMFIC a la mejor iniciativa de mejora de calidad de los servicios sanitarios en atención primaria (convocatoria 2007)*