

## Gestión de la Demanda en la Atención de Salud: Un Ámbito de la Gestión del Cuidado

**Ruth Depaux V.**

Médico Familiar

Presidenta de la Sociedad Chilena  
de Medicina Familiar

Correspondencia a:

Ruth Depaux V.

E-mail: rdepaux@gmail.com

Recibido: 13/4/2009

Aceptado: 2/5/2009

### RESUMEN

Se entiende por Gestión de la demanda al proceso de análisis y búsqueda de respuestas a las demandas de los usuarios. Dicho proceso involucra tanto la gestión interna del lugar de origen de la demanda como la gestión de la demanda referida a otros niveles o nodos de la red. La presente revisión analiza estos ámbitos como una forma de aportar al complejo proceso de abordar las necesidades reales de demanda de atención de salud que enfrenta una organización sanitaria.

**Palabras clave:** Gestión de la demanda, gestión de la atención, atención de salud.

Las necesidades de los usuarios expresadas en términos de demanda explícita, deben ser abordadas mediante mecanismos y estrategias organizativas que permitan su plena satisfacción.

Una necesidad puede o no expresarse a

### DEMAND MANAGEMENT IN HEALTH CARE: AN AREA OF CARE MANAGEMENT

*Is meant by demand management process analysis and finding answers to the demands of users. This process involves both the internal management of the source of demand and demand management refers to other levels or nodes of the network. The present review addresses these areas as a way to make the complex process of addressing the real needs of demand for health care faced by a health organization.*

**Key words:** Management of Demand, care management, health care.

través de una solicitud de atención (necesidad percibida vs necesidad expresada). Probablemente la demanda real es aquella que logra dimensionar tanto las necesidades que se expresan como solicitud, como aquellas que se quedan sin ser explicitadas.

¿Cómo aproximarse a la demanda real? En Chile, se han realizado variados estudios sobre necesidades percibidas en salud, mediante encuestas poblacionales, a muestras representativas, pudiendo aproximarse a las necesidades más globales de la población. Los Centros de Salud Familiar, por su forma de acercamiento a personas y familias, disponen de mecanismos que les permiten conocer a fondo las necesidades de su población.

Se entiende por Gestión de la demanda el proceso de análisis y búsqueda de respuestas a las demandas de los usuarios. El análisis implica dar una mirada crítica al perfil de necesidades de la población relacionado con la capacidad de respuesta del Centro. Este análisis debe llevar a una mejora progresiva de las respuestas y a una disminución compatible con lo esperable para ese nivel. Debe considerar el análisis de la población que no consulta.

### GESTIÓN INTERNA PARA RESOLUCIÓN EN EL LUGAR DE ORIGEN DE LA DEMANDA

Parece necesario conocer algunos datos básicos como<sup>1</sup>:

1. **Población adscrita:** ¿Cuál es nuestra población? ¿cuál es su distribución por edad y sexo? Estos datos hacen referencia a los principales motivos de consulta que generará esa población. Si es una población joven, la mayor demanda será por problemas agudos. Si es una población envejecida, la mayor demanda será por problemas crónicos. Al disponer de la distribución etárea de la población, es posible cuantificar la potencial demanda de servicios, tanto de controles de salud, seguimiento de problemas crónicos o consultas por morbilidad aguda. Por ejemplo:
  - a. Número de embarazadas esperadas/recién nacidos esperados
  - b. Población menor de 6 años
    - i. Subgrupo menor de 1 año
  - c. Población mayor de 60 años
    - i. Subgrupo mayor de 75 años

Aplicando tasas de demanda histórica,

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

tasas de prevalencia, incidencia, etc, se dimensiona la demanda potencial.

2. **Presión asistencial:** Número de personas atendidas al día. Deberían compararse los diferentes días de la semana y diferentes épocas del año. Esto permite organizar las agendas diarias, separando la demanda urgente, aguda o diferida.
3. **Cobertura:** Porcentaje de la población que se pretende cubrir en un período determinado (habitualmente un año), con las diferentes prestaciones de salud.
4. **Frecuentación:** Media de visitas por persona y por grupo etáreo, en un período determinado, habitualmente un año (Tasa de consulta).

El conocimiento de estos elementos permite organizar las agendas de los diferentes profesionales, adecuar los tiempos al tipo de demanda y evitar rechazos o tiempos de espera prolongados, así como aumentar la satisfacción de los proveedores al poder controlar de manera adecuada la carga asistencial.

#### **Cómo optimizar el tiempo en la consulta<sup>2</sup>**

Muchas veces el tiempo de consulta se limita debido a los trámites burocráticos y administrativos que cada profesional debe realizar. También es motivo de pérdida de tiempo, el desorden y desorganización de la papelería para responder a las mismas necesidades:

**Sugerencias:** Disponer en el Box, de manera ordenada y al alcance:

- Hojas informativas para padres y para pacientes en temas que con frecuencia se utilizan, por ejemplo: indicaciones de alimentación saludable, pauta de prevención de accidentes, pauta de cómo aplicar cierto tratamiento (pediculosis por ejemplo). Esto evita escribir cada vez las mismas indicaciones.

- Documentación científica sobre temas de consulta frecuentes, mediante acceso on line a protocolos de uso regular, o bien en archivadores, ordenado por alfabeto, para su rápida consulta.
- Lista de anexos del Centro en un lugar de fácil ubicación (ejemplo: mural frente al escritorio). Especialmente farmacia, urgencia, Dirección, laboratorio.
- Directorio de teléfonos útiles: fono familia, Servicio de Salud, algunas especialidades, profesionales especialistas para asesoría, etc. (todos los que con mayor frecuencia se usan).
- Procedimientos administrativos habituales: descripción de cómo proceder "en caso de" (ejemplo: VIF, abuso sexual, mordida de perro, etc).
- Formularios para los distintos procedimientos: Notificación obligatoria, interconsultas, recetas, etc.
- Derivaciones, las reglas de la citación y las agendas, etc.
- Directorios de enlaces a páginas web de interés para pacientes y profesionales.
- Tablas, calculadoras y todos los implementos necesarios para la consulta, tales como: manómetro (adecuadamente calibrado), fonendo, bajalenguas, termómetro, otoscopio, oftalmoscopio, huincha de medir, pesa calibrada, etc.

Otra estrategia a utilizar es la búsqueda de mecanismos que permitan reducir la utilización de las consultas de atención primaria. Según Bellón<sup>3</sup>, esto se puede resumir en tres acciones:

- 1) Aumentar la capacidad resolutoria de los (las) profesionales.
- 2) Disminuir la percepción de necesidad y la predisposición a utilizar los servicios por los pacientes (implica incrementar la percepción de autoeficacia y autocuidado).
- 3) Optimizar y aumentar la eficiencia de la organización.

La mejora en las habilidades de comunicación podría actuar sobre esos tres mecanismos.

#### **GESTIÓN DE LA DEMANDA REFERIDA A OTROS NIVELES O NODOS DE LA RED (GESTIÓN DE INTERCONSULTAS: REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA)**

El volumen de interconsultas generados se relaciona con la capacidad del nivel que las origina, de resolver la demanda expresada. Un cierto porcentaje de interconsultas se produce por problemas en la resolutoria y el otro por aspectos administrativos y de recursos. La capacidad de resolver los problemas en el origen, por lo tanto, puede estar relacionada con elementos abordables o no, por el Centro que genera la interconsulta. Una adecuada gestión de la demanda en el origen implica conocer los elementos abordables para mejorar la respuesta a los usuarios.

Los elementos no abordables aluden a aspectos organizativos que, normativamente, limitan la acción del Centro que hace la referencia, por ejemplo, la necesidad de que un paciente con cefalea sea visto por neurólogo para efectuar solicitud de scanner (gestión de recursos). Muchos de estos elementos tienen que ver, por lo tanto, con complejidades tecnológicas o limitantes económicas y serán solucionados con cambios también normativos y de recursos. Obviamente se mantendrá un porcentaje de casos que requiere un enfrentamiento tecnológico superior (pertinencia de la derivación).

Los elementos abordables aluden a aquellos aspectos que pueden ser controlados, mejorados o modificados por el propio Centro: estos elementos son: mejora de las competencias técnicas (tanto de entrevista clínica como diagnóstica y terapéutica), mejora en habili-

dades de comunicación, diseño y prueba de estrategias de abordaje de problemas comunes utilizando recursos comunitarios, familiares u otros.

Lo anterior es posible realizarlo al tener un completo análisis de los problemas que son referidos a otros puntos de la Red, de manera de poder determinar qué problemas o necesidades requieren de mejoras internas para su solución.

### ÁMBITOS DE GESTIÓN DE LA DEMANDA

Dado lo anterior, se hace necesario disponer de recursos humanos que tengan como tarea la revisión periódica de la demanda y de los problemas con menos resolución de manera de ir proponiendo ámbitos de mejora (gestión de calidad).

Algunos aspectos que se considera necesario analizar son los siguientes:

- Perfil de morbilidad consultante: cantidad y tipo.
- Tasas de consulta general y por grupo etáreo.
- Tasas de referencia (relacionadas con la población que demanda atención).
- Calidad de la interconsulta (pertinencia).
- Especialidad de referencia y diagnósticos más frecuentes. Análisis porcentual de las derivaciones.

Las tareas a realizar por la (s) persona (s) que gestiona la derivación a otros nodos de la red serían:

- Asignación de cupos según prioridad. (Definición de criterios).
- Devolución de interconsultas no pertinentes con sugerencias de las acciones que pueden ser realizadas por el profesional tratante.
- Velar porque los pacientes derivados a otros niveles de atención, reciban la atención solicitada y retornen,

habiendo resuelto de la mejor manera posible sus necesidades de atención de salud.

- Junto con el Nivel de especialidades, establecer mecanismos de información para conocer los cupos de horas disponibles para cada Especialidad y hacer uso adecuado de ellas, priorizando las derivaciones de acuerdo a criterios técnicos (Rol del CIRA).
- Monitorear la contrarreferencia para realimentar al Gestor de Red respecto a la capacidad de coordinación y respuesta del Servicio de Salud.
- Sugerir programas de capacitación en los ámbitos que generan mayor derivación.
- Evaluar impacto en la capacidad resolutoria de los programas implementados.
- Proponer otras estrategias de resolución de problemas frecuentes: análisis de casos en reuniones clínicas, consultoría a especialistas, estrategias comunitarias, etc.
- Auditoría de Interconsultas, para determinar si cumple con los requisitos técnicos pre establecidos.
- Efectuar reuniones entre profesionales de los equipos, tanto técnicos como de gestión, para ir analizando el uso y las falencias del sistema.
- Realimentar a la Red con esta información.

### Información que debiera estar disponible

- Evaluación y monitoreo sistemático respecto del número de horas especialista disponibles, de las horas usadas, de las horas perdidas, rechazos, IC generadas por especialidad médica, odontológica, procedimientos.
- IC a resolver en el Nivel de especialidades (CRS, CDT u Hospitales de referencia).
- Programas de funcionamiento regular en el Centro de Salud.

- Cupos Asignados por especialidad médica, odontológica, procedimientos.
- Distribución porcentual de derivaciones por profesional de manera de determinar los ámbitos más deficitarios y generar los apoyos necesarios.
- Diagnósticos más frecuentes de derivación.
- Brechas de atención en especialidades médicas, odontológicas, procedimientos, tanto en el nivel de especialidades como en atención primaria.
- Pertinencia de la interconsultas.

### Técnicas de gestión de la demanda<sup>4</sup> (adaptado)

- Desburocratizar las consultas: Facilitar el acceso a personas con patologías crónicas mediante recetas de medicación crónica, evitar tramitaciones de interconsultas (consulta por enfermera a personas que requieren interconsulta a oftalmólogo por recuperación de lentes, por ejemplo).
- Control de las citas: Citar todo lo concertable (controles de salud, crónicos, seguimiento de patología aguda, etc). La periodicidad de los controles debe ser guiada por la lógica del riesgo y no por aspectos normativos. Siempre considerar las necesidades emocionales del paciente.
- Generar citas a medio y largo plazo: Agendas de al menos tres meses, con recordatorio telefónico para evitar pérdidas de horas.
- Citar siempre a los pacientes dependientes (poli consultantes): En general son pacientes que tienen cierta periodicidad de consulta. Al ser citados se traslada la decisión al equipo de salud lo que ayuda a organizar mejor los tiempos.
- Organizar la Historia Clínica: Hoja de problemas actualizado con problemas pendientes o en tratamiento, para facilitar el rápido recordatorio; la de medicación crónica; hoja de

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

analíticas y pruebas complementarias realizadas (evita estar mirando todos los exámenes, mediante la mirada a una sola hoja).

- Utilización de programas y protocolos de atención a problemas sanitarios.
- Coordinación intra equipo: Evita citaciones de más, pérdidas de horas, análisis de más, etc.
- Desdramatizar procesos autolimitados: Aceptar que el paciente decida el alta, con indicaciones claramente establecidas. Evitar las altas burocráticas (citar sólo para dar de alta).
- Clarificar las expectativas en enfermedades crónicas permitiendo citas concertadas según riesgo.
- Recordar siempre que el abordaje de aspectos psicosomáticos que puedan influir en la sobredemanda debe ser efectuado en coherencia con el Modelo de Salud Familiar.
- Priorizar la formación/capacitación en entrevista clínica, detección y abordaje de problemas sociales, salud mental y en competencias técnicas en las especialidades de mayor derivación, específicamente en los diagnósticos de mayor frecuencia de derivación.

**Agendas de Calidad**

- Adaptar la citación a los tiempos reales. Si se sabe que la demanda espontánea alcanza a "x" horas por día, no tiene sentido tener una agenda cerrada sin considerar esa demanda.
- Reducir al máximo el episodio del paciente: Asegurar la citación para el control cuando esto es necesario, reduciendo probabilidades de complicaciones, dejar espacios libres en las agendas de médicos y enfermeras para resolver problemas de difi-

cil planificación (consultas agudas, agravamiento de un caso, etc.) Organizar la atención a los sin cita.

- Centralización de las agendas: Agendas gestionadas en el SOME, en coordinación con los equipos de sector.
- Tiempo en común de los profesionales que permitan el análisis de casos y compartir información.
- Adaptación de las agendas a los días de la semana, y a las épocas del año, según la demanda histórica.

**ROL DEL CIRA (Consejo de Integración de la Red Asistencial)**

La Ley de Autoridad Sanitaria, en su Artículo 21 describe: "En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial, en adelante el Consejo de Integración, de carácter asesor y consultivo, presidido por el Director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al Director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios."

"El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio."

Se entiende entonces, que esta instancia operacionaliza el concepto de Red,

constituyéndose en el espacio de integración de los diferentes constituyentes del Sistema. Es en este espacio donde se debe poner en común necesidades y recursos, demandas y respuestas, brechas y soluciones, permitiendo optimizar la coordinación, el uso adecuado de los recursos y la búsqueda de las mejores respuestas a las demandas de la población en un diálogo horizontal entre los diferentes participantes.

Lo que caracteriza la noción de Red es la horizontalidad de las relaciones frente a los objetivos comunes.

**REFERENCIAS**

- 1.- Demanda asistencial en Pediatría de Atención Primaria: Claves para la reflexión. Juan Bravo Acuña. Pediatra de Atención Primaria. C. S. El Greco. Getafe. Madrid. 1999.
- 2.- Demanda asistencial en Pediatría de Atención Primaria: Claves para la reflexión. Juan Bravo Acuña. Pediatra de Atención Primaria. C. S. El Greco. Getafe. Madrid. 1999.
- 3.- <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple2a.html>. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. Communication skills and the utilization of primary care consultations. J A Bellón Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud.
- 4.- <http://www.gestionclinica.tuportal.com/demanda.htm>. Organización en Atención Primaria de Salud: Gestión de la demanda. José Alfonso Cortés Rubio. Médico de Familia. Área I de Atención Primaria. Madrid. (Basado en el Curso de Ángel Ruiz Téllez: La demanda y la Agenda de Calidad en la Atención Primaria). Actualizado en Abril de 2004.