

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**TRABAJO FIN DE MASTER
Gestión de Cuidados de Enfermería
Curso académico 2016-2017**

**“PROPUESTA DE MEJORA: ADECUACIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO A LA UTILIZACIÓN DE
LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA”**

María Arbona Celaya

Trabajo dirigido por

- Leticia San Martín Rodríguez, Profesor contratado Doctor del Área de Enfermería del Departamento de Ciencias de la Salud, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Pública de Navarra

Autorización Directora del Trabajo Fin de Master



Dña. Leticia San Martín Rodríguez, Profesor Contratado Doctor del Área de Enfermería en el Departamento de Ciencias de la Salud, de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el trabajo que presenta **Dña. María Arbona Celaya** con el título *“Adecuación de las cargas de trabajo a la utilización de los servicios sanitarios en Atención Primaria en Navarra”* ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, 06 de septiembre de 2017

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Leticia San Martín Rodríguez'.

Dra. Leticia San Martín Rodríguez

"Imposible es solo una palabra que utilizan los débiles que encuentran más fácil vivir en el mundo que les han dado que explorar el poder que tienen para cambiarlo.

Imposible no es un hecho. Es una opinión.

Imposible no es una declaración. Es un desafío.

Imposible es potencial.

Imposible es temporal.

Nada es imposible".

Muhammad Ali

Resumen

Introduction

The new epidemiologic patterns lead to work overload in the primary care setting which makes it necessary to reflect about a change in the health care model and also about factors modulating the use of services. Physician and nursing staffs should also be adapted to this new scenario.

Objetives

To describe work overload modulating factors in the primary care setting and also possible variables for standardization in order to make a proposal for a new method for population standardization according to the workload of different primary care health care professionals in Navarre.

Strategic analysis

A strategic analysis of inner and outer context was carried out, and also a proposal for intervention was defined.

Intervention proposal

Firstly a descriptive study on patients' attendance and time spent per patient by Primary Care health professionals in 2015 was carried out. Finally, a population standardization proposal was developed.

Conclusion

Chronic diseases and comorbidity are the most important workload factors and should always be considered in future studies. The average cumulative time per year is a timely comparative measure to assess physician and nursing workload, and this should be adapted to an ideal model for the Primary Care setting.

This model should respond to the new needs, where nursing competence and high specialization become a key issue in clinical practice.

Introducción

La sobrecarga asistencial existente en Atención Primaria, derivada de los nuevos patrones epidemiológicos, hace necesaria una profunda reflexión sobre un cambio de modelo y los factores moduladores de la utilización de este servicio, así como sobre la adecuación de las plantillas de medicina y enfermería a esta nueva realidad.

Objetivos

Visualizar los factores moduladores de la carga asistencial en Atención Primaria y las posibles medidas comparativas para su estandarización, con la finalidad de Proponer una ponderación de la población, de acuerdo a la carga de trabajo de los distintos profesionales sanitarios, en AP en Navarra.

Análisis estratégico

Para dar respuesta al objetivo, se ha llevado a cabo un análisis estratégico del contexto interno y externo, tras el que se ha definido una propuesta de intervención.

Propuesta de intervención

Se ha realizado, en primera instancia, un estudio descriptivo sobre la frecuentación y el tiempo asistencial consumido por los pacientes, en la actividad sanitaria de los Equipos de Atención Primaria de Navarra, durante el año 2015. Posteriormente, se ha desarrollado una propuesta de estandarización.

Conclusión

La cronicidad y la comorbilidad son los factores de mayor influencia en la carga asistencial y deben ser la base de futuros estudios.

El tiempo acumulado medio anual es una medida comparativa adecuada para la valoración de la carga asistencial de medicina y de enfermería, pero es necesaria una reflexión sobre la adecuación de estas cargas al modelo idóneo de Atención Primaria.

Este modelo deberá responder a las nuevas necesidades, siendo clave una enfermería de alta especialización y competencia, referente en gran parte de los procesos asistenciales.

Palabras clave

- Primary Care
- Primay Health
- Family Medicine
- Workload / Load
- Allocation
- Atención Primaria
- Medicina de Familia
- Carga de trabajo
- Distribución.

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	8
a)General:	8
b)Específicos	8
3. Análisis Estratégico	9
4. Matriz DAFO.....	16
5. Propuesta de intervención: Adecuación de las cargas de trabajo, a la utilización de los servicios sanitarios en AP, según edad y sexo.	17
5.1 . Estudio de frecuentación y tiempo asistencial consumido en AP de Navarra.	17
a) Notas metodológicas.....	18
b) Terminología utilizada en el estudio.....	20
c) Datos poblacionales	21
d) Datos sobre frecuentación	23
i. Datos Generales	23
ii. Edad	24
iii. Sexo.....	26
iv. Estamentos profesionales	26
e) Datos sobre tiempos medios asistenciales anuales	28
i. Datos Generales	30
ii. Edad	30
iii. Sexo.....	32
iv.. Estamentos profesionales	32
f)Datos sobre tiempos medios de consulta	35
i. Datos Generales	36
ii. Edad	36

iii. Sexo.....	37
iv. Estamentos profesionales	38
g) Comparación de nuestros resultados con otros estudios realizados en Navarra.....	40
5.2 . Propuesta de estandarización de TIS en AP Navarra.....	45
6. Bibliografía y fuentes consultadas.....	48
7. ANEXOS.....	50
Anexo I. Motores de búsqueda revisión bibliográfica.....	51
Anexo II. Áreas y Zonas Básicas de Navarra	52
Anexo III. Datos Poblacionales en Navarra a 30 de junio de 2015	53
Anexo IV. Datos de Frecuentación en Atención Primaria de Navarra en 2015	54
Anexo V. Datos de Tiempos medios de atención anuales en Atención Primaria de Navarra en 2015	58
Anexo VI. Datos de Tiempos medios de consulta anuales en Atención Primaria de Navarra en 2015.....	62
Anexo VII. Posibles ponderaciones.....	65

1. Introducción

La Ley General de Sanidad, de 1.986 establece el modelo de Atención Primaria (AP). En base a él, las Comunidades Autónomas deben delimitar y constituir las Áreas de Salud, como las estructuras fundamentales del sistema sanitario. A estas Áreas se les responsabiliza de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma, en su demarcación territorial, y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Para ello, establece la zona básica de salud como marco territorial desde donde los Centros de Salud desarrollan, de forma integrada y mediante el trabajo en equipo, todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica, a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función¹.

De este deber, de dotación de los medios personales precisos, se deriva una de las principales preocupaciones de cualquier administración sanitaria: la adecuación de las plantillas a las necesidades de salud de sus poblaciones. Parece necesario, por lo tanto, clarificar cuáles son las necesidades de salud de salud para, posteriormente, poder adecuar las plantillas.

El aumento de la esperanza de vida y los nuevos estilos de vida han conducido a un patrón epidemiológico dominado por las enfermedades crónicas, que condicionan un incremento incesante de la demanda y necesidades cada vez más diversificadas, suponiendo actualmente el 70% de las consultas de AP. La Organización Mundial de la Salud ha instado a los sistemas sanitarios a adaptar sus modelos de atención a estas nuevas necesidades, que afectan a la propia sostenibilidad del sistema público. Un sistema que fue diseñado para la atención de problemas agudos y salvar vidas, que no se adecúa, ni sanitariamente ni socialmente, a esta nueva realidad².

Los estudios han objetivado la sensación de sobrecarga de los profesionales de AP, constatando un aumento en la frecuentación, la duración media de las consultas y la carga clínica total entre 2007 y 2015, con un sistema cercano a la saturación³.

El Libro Blanco de Recursos Humanos del Sistema Sanitario, cuyo objetivo es planificar la política de recursos humanos de manera coordinada en España, entiende la política de recursos humanos como una palanca esencial para el cambio, exigido entre otros factores, por la cronicidad, el envejecimiento y la mejora de la calidad en la atención de los pacientes. Este libro, publicado en 2013, considera que, para trabajar con escenarios más realistas sobre la demanda, sería deseable disponer de estándares consensuados de necesidad actual y futura ⁴.

Estas recomendaciones, elaboradas con la participación de los presidentes de los consejos generales de colegios oficiales de medicina y enfermería, en el contexto de crisis económica mundial, hubieran debido derivar en estudios en profundidad sobre la actividad de los distintos ámbitos sanitarios y la adecuación de sus plantillas, como oportunidad de mejora de los sistemas sanitarios. Sin embargo, no ha sido así, ni a nivel nacional, ni internacional.

En la literatura sobre la utilización de servicios y las cargas de trabajo de AP, a nivel internacional, hay un claro consenso en el creciente aumento de la sobrecarga y su posible repercusión en la calidad de la atención, así como en la necesidad de estudios que valoren y den respuesta a esta nueva situación. Pero, pese al reconocimiento internacional de que AP recoge un alto volumen de actividad sanitaria, hay muy pocos datos disponibles sobre el volumen y la naturaleza de su actividad³.

Otra cuestión, a añadir a la escasa bibliografía, es que nos encontramos con disparidad de resultados sobre la utilización de los servicios de AP, que se pueden achacar a inconsistencias metodológicas como; problemas de diseño, errores de medida, errores de especificación y métodos estadísticos inadecuados⁵.

Hay cuatro factores clave para poder realizar este estudio; identificar las características que modulan la necesidad de atención, el indicador que mide la carga asistencial, los instrumentos adecuados para su medición y, por último, cómo adecuar la plantilla a sus resultados.

Factores que modulan la necesidad de atención.

En cuanto a los factores que influyen en la carga, encontramos estudios⁶ cuya conclusión es que la edad es un predictor suficiente de la carga asistencial. En el año 2003 se realizó un estudio en AP de Navarra, con la finalidad de estimar el cupo máximo de pacientes que asegurara el tiempo mínimo por consulta de 10 minutos (como duración media de las visitas). En él, se estima que la frecuentación en consulta es el reflejo aproximado de las necesidades de salud de la población y concluye, que la edad explica en gran medida la variabilidad de la carga asistencial (84 % en niños y 93,5% en adultos). Este estudio hace mención a la repercusión que puede tener en los resultados la mayor o menor implicación de enfermería, pero no la estudia.

Esta opinión es acotada en otro estudio que explora la suficiencia o no de las características edad y sexo, para la valoración de la carga de trabajo del médico de AP. Su conclusión es que se debe evaluar de forma distinta la edad pediátrica, de la edad adulta. Considera que la variabilidad en las necesidades de los servicios sanitarios de AP, para la edad pediátrica, se capta bien mediante ajustes basados únicamente en la edad. No obstante, en la edad adulta,

los factores edad y sexo por sí solos, no explican la heterogeneidad de los pacientes, por lo que es necesario una estandarización basada en las condiciones clínicas⁷.

Un artículo israelí, publicado en 2017, identifica como factores condicionantes las características socioeconómicas y las enfermedades crónicas. Sus resultados son que las mujeres, mayores de edad, con índice Charlson más alto (edad y comorbilidad), y nivel socioeconómico más bajo, son las principales características que determinan la mayor frecuentación y el mayor tiempo acumulado anual⁸.

Otros criterios de abordaje son la ruralidad y dispersión de las zonas, criterios sociales y demográficos como la existencia de zonas desfavorecidas, la presencia de población inmigrante, los ciudadanos desplazados o las residencias geriátricas de la zona⁹.

En la bibliografía encontramos, además, múltiples moduladores de las necesidades de atención: variables familiares y culturales, institucionales o relacionadas con los profesionales sanitarios, también han sido estudiadas.

Como variables familiares y culturales se ha observado que pertenecer a una familia monoparental se relaciona con una mayor utilización de los servicios y el tamaño de una familia tiene una relación negativa con esta utilización. Asimismo, hay estudios de hiperfrecuentación que la relacionan con la disfunción familiar y el malestar psíquico⁵.

En cuanto a variables institucionales, se ha observado cómo los distintos tipos de organización establecidos para la asistencia “urgente” fuera de la jornada ordinaria de AP inciden en la utilización posterior de los servicios de AP¹⁰, al igual que las altas hospitalarias precoces⁹ y hay opiniones encontradas sobre si una mayor densidad de médicos por habitante favorece el acceso a los servicios e influye en la frecuencia de las consultas a demanda⁵.

En esta misma línea, un estudio realizado en Croacia pone de relieve la evidencia de que el número de médicos de AP es uno de los principales contribuyentes a la calidad de la atención, relacionándolo con que un menor número de pacientes permite, además de visitas más largas, una mayor accesibilidad¹¹.

Por último, diversos estudios han encontrado que determinados tipos de utilización, como pueden ser las visitas programadas, están muy influidas por variables como la edad, el sexo, la formación, motivación, especialidad y estilo de prácticas de los profesionales sanitarios⁵.

En función de todos los estudios publicados, se puede decir que, en general, los factores del usuario explican alrededor del 50% de la variabilidad de la utilización y los factores del profesional y la organización el otro 50%⁹.

Indicador para la medición de la carga asistencial.

Sobre la medida que recoge la carga asistencial, Nathan y colaboradores⁸ identifican cómo, habitualmente, la carga de trabajo de AP se ha centrado en el número de visitas o la duración media de las visitas de medicina. Sin embargo la duración acumulada de la visita anual aún no ha sido examinada. Su conclusión es que la duración acumulada anual de la visita es una nueva medida comparativa estandarizada, fiable y accesible para la valoración de la carga asistencial del médico en AP⁸.

Otras cuestiones que refleja el estudio de Nathan y colaboradores⁸ son la necesidad de profundizar en el estudio de la relación de la duración de las visitas con las distintas áreas geográficas y el carácter administrativo de un número considerable de visitas médicas, que no precisan de una interacción directa con el paciente, pero que deben ser parte de la carga de tiempo calculada. Esto supone una dificultad añadida, ya que, pese a que los registros electrónicos están preparados para este tipo de visitas, esta información normalmente no es precisa.

Instrumentos para la medición de la carga asistencial.

Parece que hay un cierto consenso para la medición de la carga de trabajo a través de la valoración de tiempos acumulados, pero de nuevo hay escasez de literatura sobre instrumentos adecuados para su medición, tanto por la indefinición de las actividades realizadas, como por la metodología para realizar las investigaciones. Hay distintos métodos para la investigación pero todos ellos con importantes dificultades y sesgos, derivadas de las diferentes categorías profesionales y de la multiplicidad de funciones y tareas que se realizan en AP¹².

Las mediciones de la actividad basadas en los sistemas informáticos tienen una baja fiabilidad debido a que las agendas de los médicos son muy variables y el registro no es homologable, ya que está influenciado por la organización del centro y la propia práctica profesional, en aspectos como el tratamiento de la burocracia, la generación de visitas de control, el papel de los profesionales de enfermería, la resolución telefónica y la intensidad de la utilización de los medios informáticos¹³ o incluso la relación de la propia sobrecarga de los profesionales con un registro inadecuado¹⁴.

Otros estudios inciden en este hecho, reflejando cómo las actividades registradas y sus tiempos (inicio y final de consultas) pueden no capturar todo el tiempo involucrado con cada acto con los pacientes. Por ejemplo, la duración de las visitas domiciliarias se computa en algunos estudios, no como el tiempo real dedicado a la visita, sino únicamente con el tiempo

dedicado a registrar lo sucedido en ella. Esto supone una subestimación sustancial de la duración de la visita³.

Hay estudios que clasifican las diferentes actividades/intervenciones asociándolos a cargas concretas de trabajo¹⁵, pero parece complicado extrapolar este tipo de datos y, finalmente, las organizaciones establecen sus propios tiempos, acordados en mayor o menor medida con sus profesionales.

Adecuación de la plantilla a los resultados.

Una vez determinados estos tiempos medios, para un cálculo adecuado de la población a la que puede atender un profesional de medicina o enfermería se debería valorar la repercusión en su jornada, teniendo en cuenta todas las tareas no asistenciales que realizan estos profesionales y si los tiempos medios hallados, son los adecuados a la calidad asistencial deseada en AP. Sobre esta reflexión, Nathan y colaboradores⁸ expresan que hay investigaciones que asocian visitas más largas con una mejor atención y valoran este tiempo medio mayor, como un indicador de calidad. El considerar si un menor número de visitas más largas pudiera significar una utilización más eficiente del tiempo del profesional de medicina, debe ser objeto de una posterior investigación, puesto que podría resultar un paradigma organizacional.

A pesar de estas reflexiones parece haber consenso entre las sociedades científicas sobre el número de tarjetas sanitarias que se debe asignar a los profesionales, estimado en un máximo de 1.500 para la población adulta¹⁶ y 1.000 para la población pediátrica (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). Se entiende que un número mayor de cartillas provoca una sobrecarga en los profesionales, que puede desencadenar en una disminución de la calidad de la atención, como se ha visto reiteradamente. Pero, además, esta sobrecarga se relaciona con insatisfacción laboral y síndrome de Burnout¹¹.

Como un pequeño apunte a esta sobrecarga relacionada con insatisfacción laboral, tenemos que reseñar que es común que el sistema de reconocimiento e incentivación económica de los Equipos de Atención Primaria (EAP) se base en indicadores que no tienen en consideración las poblaciones diana y los recursos humanos asignados a los EAP¹⁷.

Queda un apartado esencial para la adecuación de las plantillas a la realidad observada, que es la escasez de profesionales, tanto de medicina Familiar y Comunitaria (medicina FyC), como de pediatría. Problema existente no solo en España, sino a nivel internacional. Este es un tema que es objeto de gran preocupación para los gestores sanitarios. La ausencia de profesionales está causando problemas crecientes, dada la elevada edad de los profesionales de AP y la incapacidad para sustituir las jubilaciones y ausencias. Esta problemática es

creciente en todas las zonas, pero más aún en las zonas rurales. Los motivos son muy diferentes según el sistema organizativo estudiado pero la conclusión es que los factores obstaculizadores asociados con el trabajo en las zonas rurales son muy complejos, no han sido debidamente estudiados, y es necesaria una evaluación en profundidad¹⁸.

La percepción de la profesión de medicina FyC como estresante, con altas presiones de trabajo y de bajo status, es un tema prioritario que requiere un estudio urgente, al más alto nivel³.

Este es un importante debate a la hora de definir las plantillas. ¿Podemos permitirnos disminuir el número de tarjetas sanitarias de los profesionales de medicina (1), creando estructuras irreales no sostenibles a corto plazo o debemos proponer un cambio de modelo basado en la profesión de enfermería, como eje de la AP?

Actualmente, el modelo de AP sigue girando alrededor del profesional de medicina. De este modo, la población se adscribe a un profesional de medicina y éste atiende a su población junto con un profesional de enfermería que desarrolla su labor con él. Esto supone una limitación al derecho de la población a la libre elección de enfermería y que la adecuación de la plantilla de enfermería no se haga en base a sus propias cargas de trabajo, sino a las de los profesionales de medicina. ¿La mejora en la coordinación y comunicación de los profesionales que atienden de forma conjunta a la población es suficiente como para obviar estos dos hechos? ¿Cuáles son las cargas reales de los profesionales de enfermería y que ponderación tienen con respecto a las de medicina?

Hemos podido vislumbrar a lo largo de este apartado cómo las tareas de ambos estamentos son complementarias, precisamente, porque son diferentes. En un estudio alemán¹⁹, sobre la disminución del porcentaje de visitas domiciliarias, hay varias reflexiones sobre las importantes cargas de trabajo en tiempo que suponen éstas, en su globalidad y en su reparto entre los dos estamentos. Una de ellas es que los profesionales de medicina delegan una parte importante de la atención en enfermería, por su elevada competencia en esta labor, pero también por la sobrecarga que les supone a ellos. En segundo lugar, se realiza una distinción sobre los distintos tipos de visitas domiciliarias observadas en el medio rural y el medio urbano. En el medio urbano los profesionales de medicina FyC limitan las visitas, en la medida de lo posible, a la resolución de enfermedades agudas, delegan las visitas de pacientes crónicos en enfermería y entienden las visitas sociales como algo ajeno a su profesión. No así en el medio rural donde los profesionales de medicina FyC entienden estas últimas como una actividad propia.

(1) Al hablar de medicina, en general, nos referimos a medicina FyC y pediatría.

Por tanto, recae en enfermería una importante carga de trabajo derivada de las atenciones domiciliarias, de alta incidencia en personas de edad avanzada. En un estudio realizado en Cataluña se objetiva que cada profesional de enfermería dedica 5 horas semanales, a la atención domiciliaria, lo que supone el doble del tiempo dedicado por medicina FyC. Se asocia estas visitas a la gravedad de la enfermedad y la comorbilidad. En cuanto a la frecuentación, los pacientes de atención domiciliaria, reciben un promedio de nueve visitas de enfermería por año, aunque con una alta variabilidad entre ellos. De nuevo este estudio hace referencia a la dificultad en la medición de los tiempos de visitas así como en el tiempo que suponen los viajes, especialmente en las zonas rurales²⁰.

Asistimos, asimismo, a la creación de nuevas figuras de enfermería en AP, con nuevas competencias, como son las “enfermeras gestoras de casos” o las “enfermeras de consejo”. Diversos estudios demuestran cómo enfermería tienen las competencias necesarias para atender y resolver muchas de las dudas de los pacientes, relacionadas con sus problemas de salud²⁰, y cómo los servicios de consulta telefónica, atendidos por profesionales de enfermería experimentadas y especialmente capacitadas, con la ayuda de un software en el apoyo a la toma de decisiones, pueden disminuir la carga de trabajo médico de forma importante¹⁰.

Estamos, por tanto, ante un cambio en las necesidades de la población que precisa a medio plazo un nuevo modelo de AP y, a corto plazo, una estandarización, como parámetro esperable de los factores de influencia en la carga de trabajo de los profesionales de medicina y enfermería de las zonas básicas, de forma diferenciada. Esto permitiría adecuar la provisión de sus servicios de salud, a las necesidades concretas de la población, de impacto de ellas.

2. Objetivos

Los objetivos, general y específicos, de este trabajo son:

a) General:

Proponer una estandarización de TIS, ponderada de acuerdo a la carga de trabajo de los distintos profesionales sanitarios que integran AP en Navarra.

b) Específicos

1. Conocer los resultados de otros estudios de utilización de servicios en el ámbito de AP, a nivel estatal y en países con un sistema sanitario similar al de Navarra.

2. Conocer los resultados de otros sistemas de adecuación de cargas de trabajo en el ámbito de AP, a nivel estatal y en países con un sistema sanitario similar al de Navarra.

3. Describir la frecuentación de los distintos tipos de servicios sanitarios ofrecidos en AP en Navarra, en los años 2015 y 2017, de acuerdo a la edad y sexo de las personas usuarias y al estamento profesional que ha prestado los servicios.

4. Diferenciar el tiempo dedicado a cada tipo de servicio sanitario en AP en Navarra, en los años 2015 y 2017, de acuerdo a la edad y sexo de las personas usuarias y al estamento profesional que ha prestado el servicio.

5. Describir la evolución en la utilización de los servicios sanitarios, en AP en Navarra, en el periodo 2004-2017.

3. Análisis Estratégico

Con el objetivo de proponer una estandarización de TIS para AP en Navarra, se ha procedido a la realización de un análisis estratégico, que nos permita evaluar el contexto interno y externo, para determinar en base a este análisis, la mejor estrategia de estandarización de las TIS.

En los párrafos que siguen, se presenta, por lo tanto, el detalle de dicho análisis interno y externo, que será posteriormente resumido con ayuda de una matriz DAFO.

De acuerdo a la Ley 22/1985 de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra, corresponde al Gobierno de Navarra la fijación de la estructura orgánica, funcional y dotacional de las diferentes zonas básicas de salud y explícita, en su disposición adicional tercera, los criterios de plantilla de personal de los EAP. La norma establece entre 1.000 y 2.000 personas la población de adscripción a los profesionales sanitarios, precisando que en la población rural estos límites pueden disminuirse a fin de salvaguardar su accesibilidad²¹.

El Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre, de Traspaso de Funciones y Servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) aprueba la transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de asistencia sanitaria prestada por el Instituto Nacional de la Salud, a la Comunidad Foral de Navarra²².

Posteriores normas han ido perfilando las áreas y los criterios especificados en dicha ley, hasta llegar al contexto actual.

Con respecto a la población de adscripción máxima, la legislación Navarra a fin de garantizar el desarrollo de una adecuada calidad asistencial, establece, actualmente, que el número de ciudadanos que podrán ser adscritos por cada médico general, estará comprendido entre 1.250 y 2.000. De la misma manera, el número de ciudadanos por cada médico pediatra estará comprendido entre 1.250 y 1.500²³. En cuanto a enfermería, no existe legislación concreta y se le asigna la misma población que en medicina debido al sistema de trabajo mediante Unidades Básicas de Atención (UBA).

Con respecto a la estructura orgánica y funcional, el Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre, por el que se aprueban los estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea²⁴, divide AP de Navarra en 3 áreas: Gerencia de Atención Primaria (Navarra Norte y Este), con 41 zonas básicas, y las Áreas de Salud de Tudela y Estella/Lizarra, con 7 y 8 zonas respectivamente. Esto supone la dependencia, de las zonas básicas de salud, de tres gerencias distintas, lo que dificulta en gran manera la coordinación y uniformidad de criterios y procedimientos. Se observa también una diferencia obvia en las plantillas de Navarra Norte y Este frente a Tudela y Estella. Una hipótesis de esta disparidad es la histórica dependencia orgánica de las áreas de Estella y Tudela de

la gerencia del área, puesto que ostenta el gerente de los hospitales de referencia de sus zonas, frente a Navarra Norte y Este, con entidad propia.

En cuanto al marco estratégico del Departamento de Salud y del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, el Plan de Salud 2014-2020²⁵, orienta a la mejora de los resultados de salud en la población mediante 12 estrategias, interviniendo AP en todas ellas. Sobre este apartado, cabe resaltar la Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos² y el Plan de Prevención y Promoción en Infancia y Adolescencia, programas que se están implementando actualmente, en la línea de cambio de modelo de AP para la adecuación a las necesidades de la nueva población.

En este plan estratégico se enmarca el “Plan de mejora”²⁶, de gran importancia para AP. En la imagen 1 se observa el cuadro de mandos integral, en el que se detallan sus líneas y objetivos estratégicos.



Imagen 1: Cuadro de Mandos Integral: Líneas y objetivos estratégicos; Plan de Mejora, Plan de Calidad y Plan Estratégico.

Este Plan de Mejora tiene relevancia en tres aspectos observados en este trabajo: En primer lugar, en el marco de este plan, se ordenaron los tipos de actos de acuerdo a una carga esperada de

trabajo, que es la que refleja ATENEA. En segundo lugar, ordena la gestión de la demanda definiendo el procedimiento a seguir desde el inicio, con la finalidad de dar la mejor atención desde el estamento más adecuado. Este plan supone la incorporación de la enfermera a la atención de determinados procesos agudos (vías latas, vómitos y diarreas, infección urinaria) y la triaje de urgencias, dentro del objetivo de sostenibilidad y racionalización del sistema, dándole una capacidad resolutoria para la que está ampliamente formada pero que en muchos casos no ha sido asumida, incluso por la propia profesión. Por último, evalúa la actividad de los centros por medio de indicadores que miden estos y otros aspectos (tiempo en sala, días de espera para citas...), repercutiendo en el Pacto de Gestión.

Este pacto conlleva un sistema de reconocimiento e incentivación económica que se utiliza en Navarra, y que, a diferencia de lo observado en otras organizaciones, sus indicadores sí tienen en consideración las poblaciones diana y los recursos humanos asignados a los EAP, con factores de corrección de las desviaciones. Se compone de 4 líneas: 1) ¿Qué servicios prestamos?, 2) ¿A cuántas personas llegamos?, 3) ¿Cómo lo hacemos (calidad)? y 4) ¿Cuántos recursos utilizamos para ello? El Pacto de Gestión supone una ponderación posterior, entre los propios equipos, que repercute en puntos para la carrera profesional y en incentivos económicos. Pese a que cuenta con detractores es un sistema que, en general, es apreciado por los profesionales por el reconocimiento a la calidad asistencial y al trabajo en equipo.

En cuanto a la tipología de las zonas básicas de Navarra, dadas sus especiales características orográficas y demográficas, encontramos cinco tipologías de centros; urbanos, rurales grandes, rurales medianos, rurales pequeños y rurales con gran dispersión, cuestión que ya ha sido identificada como un factor condicionante de la utilización de los servicios sanitarios. A esto hay que añadir la presencia de unas 80 residencias sociosanitarias, atendidas por medicina FyC y enfermería, únicamente en residencias urbanas con un número elevado de camas (aproximadamente 15). Sin embargo, las zonas rurales dependen de los profesionales de medicina FyC de las zonas básicas y precisan del apoyo de enfermería de AP, al contar únicamente a tiempo parcial con profesionales de este estamento.

En general, los centros de salud urbanos son centros con un mayor número de profesionales, que trabajan en un único centro. Su horario ordinario es de mañana y tarde y tienen un Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUE) unificado para varios centros, para la atención sanitaria “urgente”. En el área de Navarra Norte y Este hay cuatro centros de distinta intensidad horaria para Pamplona y Comarca y un centro en Tafalla. En Tudela y Estella hay sendos centros.

En cuanto a las zonas rurales, se componen de un centro de salud (centro cabecera, a nivel fundamentalmente administrativo), con jornada ordinaria de mañana, y diverso número de consultorios, en los que el horario y los días de apertura dependen de la población adscrita a ellos y

en los que son habituales los puestos unipersonales. La atención urgente en estas zonas, fuera de la jornada ordinaria, se desarrolla en centros o consultorios concretos, distribuidos por la geografía navarra, de forma que permitan una respuesta sanitaria en un tiempo razonable (un máximo de 30 minutos). A estas sedes se les denomina Puntos de Atención Continuada (PAC), y son atendidos por un sistema de guardias del personal de la zona y por personal del Servicio de Urgencias Rurales (SUR). Como podemos observar, Navarra tiene distintos dispositivos de atención a la urgencia en el área urbana y rural.

Todas las zonas cuentan con una Dirección y Jefatura de Unidad de Enfermería y solo aquellas que cuentan con un número igual o superior a 4 profesionales del área administrativa, cuentan también con una Jefatura de Unidad Administrativa. Estas jefaturas cuentan con cierta autonomía organizativa en sus centros, lo que conlleva distintos tipos de sistemas y procedimientos e incluso actos distintos, para el registro en su sistema informático.

Los estamentos profesionales que desarrollan su trabajo, de forma multidisciplinar, en las zonas son: medicina FyC, pediatría, enfermería (población adulta y pediátrica), trabajo social y personal administrativo. En las zonas rurales el personal SUR también forma parte del EAP. Solo en zonas concretas existen otros profesionales como personal de fisioterapia, auxiliar de enfermería y celadores.

La organización de la atención sanitaria se desarrolla por medio de la UBA en la que medicina y enfermería, de forma conjunta y coordinada, atienden a la población adulta o pediátrica, adscrita a ella (cupos). La adecuación de las plantillas a las necesidades de salud de sus poblaciones se hace, por tanto, por medio del incremento o disminución de la UBA (plazas o jornadas), derivada del número de personas adscritas a ella.

La Dirección de Atención Primaria estableció en el año 1998 su primera estandarización de las TIS, de acuerdo a un estudio en el que se ponderó la carga de trabajo en AP en base a la edad de la población, agrupada por tramos de edad. Esta ponderación se modificó con un estudio posterior, en 2004. En 2010 se realizó un nuevo estudio. No obstante, las diferencias no fueron significativas y se decidió mantener la ponderación. En esta ponderación no se diferencia la carga de trabajo según estamentos.

Actualmente, los principales determinantes para lograr la adecuación de las cargas de trabajo son: la ponderación del año 2004 derivada de la influencia en la frecuentación y el impacto de la dispersión geográfica de la población de las zonas básicas, subdivididas en los cinco tipos ya definidos. En cuanto a la dispersión geográfica no se ha realizado ningún estudio ni hay un criterio concreto para la adecuación de la carga de trabajo a las tipologías, pudiendo observar diferencias entre las plantillas de los centros que las componen.

En Navarra se denominan “TIS Reales” al número de personas adscritas a una UBA. Se denomina “TIS Estandarizada” a la población hipotética que resulta de multiplicar la población real de cada grupo etario por la ponderación de su grupo de edad (en este caso derivada de la frecuentación esperada en su grupo). Por último, se denomina “TIS Reconvertida” cuando adecuamos el número de TIS estandarizadas al número inicial de TIS reales (el número total de población real Navarra y reconvertida, en Navarra, debe ser igual). Las TIS reconvertidas son uno de los factores que influyen en los complementos económicos que perciben los profesionales de AP²⁷.

Debemos hablar de dos tipos diferentes de población adscrita a cada UBA, población real y población reconvertida, ya que ambos conceptos son necesarios en la toma de decisiones sobre plantillas.

En lo referente a TIS reconvertidas, hasta el comienzo de la crisis en el año 2011 los criterios eran de 1.600 en población adulta y 1.100 en pediátrica por UBA. Con la crisis se aumentó a 1.650 en adultos del área urbana, manteniendo el criterio pediátrico. Actualmente se está valorando una disminución adecuada a los criterios aconsejados por las sociedades científicas, de 1.500 y 1.000, respectivamente.

Sobre las sustituciones de ausencias (vacaciones, permisos, etc.), al igual que con las TIS reconvertidas, han pasado por distintas fases. Con la crisis se disminuyeron las sustituciones drásticamente y es ahora cuando poco a poco se están aumentando, fundamentalmente en el ámbito rural, SUR y SUE, debido a sus características unipersonales. No obstante, estas sustituciones conllevan una importante dificultad tanto en medicina FyC como en pediatría, debido a la escasez de profesionales, lo que ha obligado a tomar medidas organizativas como el cierre de tardes, la disminución de los horarios de atención, las horas extras de los profesionales e incluso la denegación de vacaciones y de todos aquellos permisos que están sujetos a necesidades del servicio.

La atención a la población se hace por medio de la Historia Clínica Informatizada (HCI) a través de un sistema integrado de información clínica, denominado ATENEA. Este sistema de registro, unificado y personal, integra toda la documentación sanitaria generada en AP y permite el acceso a la historia de especializada. Asimismo, este sistema se va adecuando con nuevas versiones a los nuevos programas que se consensuan en AP, para su implementación en los centros.

La citación, a través de ATENEA, se realiza en base a unos criterios estándar de tiempo, definidos para los distintos tipos de actos (intervenciones/actividades) que se realizan en los centros, que están definidos más adelante. En base a ellos se crean las agendas personalizadas para cada profesional (horarios, descansos, colchones entre citas...).

Una de las principales dificultades para la realización de este trabajo, ya constatada en muchos de los estudios reseñados, ha sido la extracción y análisis de los datos de ATENEA.

En primer lugar, ATENEA toma como base para computar el tiempo de atención, la hora de entrada en la historia clínica del paciente y la hora de salida. Para acceder a la historia del paciente ATENEA ofrece dos vías de entrada diferentes desde su tapiz inicial (entrar en consulta o consultar historial), tal y como se puede apreciar en la imagen 2. Si se accede a través de la entrada en consulta, se computa el acceso. Sin embargo, si solo se consulta el historial, no se contabiliza ese tiempo de estancia en la historia clínica. Esto conlleva que, si un profesional posteriormente a la atención, entra en la historia a través de la agenda, para comprobación, incorporación de datos, revisión etc., el tiempo que computará será este último y no el utilizado en la atención.

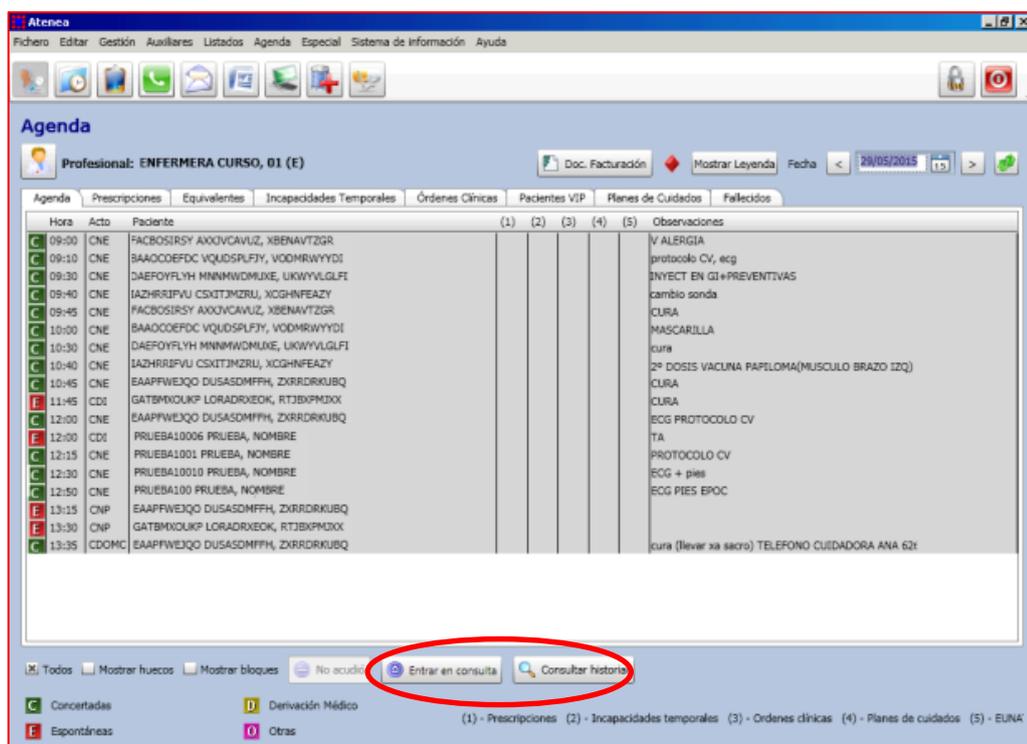


Imagen 2: Pantalla de entrada a la agenda de ATENEA

Además de esto, cualquier tipo de acto en el que no se utiliza el ordenador, por imposibilidad o dificultad de acceso (domicilios, talleres, extracciones, etc.), a efectos de tiempo, va a reflejar únicamente el tiempo utilizado para la introducción de datos, que no se corresponde con el tiempo real de atención.

Otros posibles sesgos relacionados con la frecuentación y/o tiempos medios de consulta o anuales, debido a registros inadecuados son: la atención conjunta o secuencial a pacientes, muy habitual en pediatría (aunque no es lo establecido), el agrupamiento de varios tipos de actos en pacientes con dificultades en su accesibilidad, los procesos urgentes, o las vacunaciones escolares

masivas, que ni siquiera constan en la agenda y ocupan un tiempo importante de las enfermeras de pediatría, entre otras.

El clima profesional en AP no es bueno. Se constata una desmotivación en los profesionales por los recortes vividos en años anteriores debido a la crisis, tanto en salario como en plantillas, por la dificultad por la cobertura de ausencias y por la sobrecarga de trabajo en muchos centros, fundamentalmente urbanos. Los profesionales de los centros rurales ponen de relieve otras dificultades, como la climatología adversa, el tiempo perdido en la movilidad tanto para acudir a la zona como en la propia zona o, incluso en zonas de especial dispersión, la pérdida de la práctica profesional debida al bajo número de consultas médicas, derivada del bajo número de tarjetas sanitarias por profesional.

En cuanto a las plantillas, la opinión generalizada de las direcciones de los centros es que la estandarización actual ha quedado obsoleta. Son obvios los importantes cambios educacionales, culturales y económicos ocurridos desde entonces, que han influido en la actividad sanitaria, pero también cambios en estrategias y políticas sanitarias con nuevos programas y protocolos que pretenden dar respuesta a los cambios poblacionales. Asimismo, las funciones de enfermería han evolucionado en gran medida en AP con nuevas competencias y asunción de responsabilidades que requieren un estudio de unas cargas de trabajo propias, disociadas del estamento médico.

Sobre estas nuevas competencias, en Navarra se han creado en estos dos últimos años, las figuras de la enfermera gestora de casos y enfermera de consejo, desde la profunda convicción de la Gerencia de Atención Primaria y de la Jefatura de Servicio de Enfermería responsable de AP, de la necesidad de dotar de nuevas competencias y responsabilidades a un estamento que debe comenzar a tener un papel primordial en AP. Asimismo, este mismo año se va a comenzar a pilotar la nueva figura de enfermera escolar, también dependiente de AP.

4. Matriz DAFO

Con ayuda de una matriz DAFO, se resumen los elementos principales que derivan del análisis estratégico y que corresponden a las amenazas y oportunidades del contexto externo, y las debilidades y fortalezas del contexto interno, entendiendo como tal la situación actual de AP desde la Gerencia de Atención Primaria de Navarra.

ANÁLISIS INTERNO

DEBILIDADES

- ✓ Dificultades para la medida de cargas de trabajo reales
- ✓ Los tiempos de registro de ATENEA no se adecúan al tiempo real.
- ✓ Dificultad para definición de factores socioeconómicos y de cronicidad por zonas básicas
- ✓ Desmotivación de los profesionales
- ✓ Plantilla envejecida
- ✓ Resistencia al cambio
- ✓ Dificultades interestamentales medicina/enfermería
- ✓ Procesos asistenciales no orientados a las nuevas necesidades de las personas usuarias

ANÁLISIS EXTERNO

AMENAZAS

- ✓ Entorno económico desfavorable
- ✓ Escasez de profesionales de medicina
- ✓ Escasa bibliografía sobre utilización de servicios en AP
- ✓ Elevada demanda de las personas usuarias
- ✓ Legislación no acorde a las competencias de enfermería (Decreto Prescripción enfermera)
- ✓ Dificultades de consenso entre ámbitos con intereses distintos (Gobierno/soc. científicas/ sindicatos/población)
- ✓ Población envejecida con cambios en sus necesidades asistenciales derivadas de la cronicidad
- ✓ Sostenibilidad del sistema sociosanitario público

FORTALEZAS

- ✓ Alta cualificación de nuestros profesionales
- ✓ Implantación de nuevos programas de atención a personas mayores y al niño.
- ✓ Elevada satisfacción de las personas usuarias con nuestros servicios
- ✓ Apuesta de la Gerencia de Atención Primaria por la innovación en los procesos organizativos
- ✓ Apoyo a la investigación
- ✓ Desarrollo de nuevas figuras en el ámbito de enfermería.

OPORTUNIDADES

- ✓ Búsqueda de nuevos modelos de AP, acordes a las necesidades
- ✓ Especialización en Enfermería Familiar y comunitaria
- ✓ Desarrollo de las competencias de enfermería con normas acordes a ellas
- ✓ Nuevas tecnología de la información y de la comunicación
- ✓ Coordinación con atención especializada
- ✓ Desarrollo de herramientas que permitan la medición real de las intervenciones
- ✓ Situación política favorable para nuevas normativas

5. Propuesta de intervención: Adecuación de las cargas de trabajo, a la utilización de los servicios sanitarios en AP, según edad y sexo.

Pese a los numerosos factores que influyen en la utilización de los servicios de AP, y que se han expuesto a lo largo de este trabajo, la mayoría de ellos precisaría de una profundización muy superior a lo que puede suponer este trabajo y de la disponibilidad de datos de los que actualmente no se dispone en la Gerencia de Atención Primaria. Teniendo esto en cuenta, y fruto del análisis de los elementos positivos y negativos extraídos del análisis estratégico, hemos elegido proponer una estandarización de TIS, ponderada de acuerdo a la carga de trabajo de los distintos profesionales sanitarios que integran AP en Navarra. Para ello, llevaremos a cabo, en primera instancia, un estudio en profundidad de la frecuentación y el tiempo asistencial consumido por los pacientes, tras el que desarrollaremos una propuesta para la estandarización de las TIS en AP en Navarra.

5.1. Estudio de frecuentación y tiempo asistencial consumido en AP de Navarra.

Se realiza un estudio descriptivo sobre la frecuentación y el tiempo asistencial consumido por los pacientes en la actividad sanitaria realizada durante la jornada ordinaria (excluida la atención continuada y urgente) de los EAP de Navarra (medicina FyC, pediatría y enfermería), durante el año 2015.

El estudio pretende profundizar con respecto a un estudio de frecuentación general (consultas por habitante con tarjeta sanitaria en Navarra y año), al hacer una estimación sobre la carga en tiempo que supone para los profesionales esa frecuentación (carga asistencial). Asimismo, este estudio tiene como finalidad la diferenciación de las cargas asistenciales de enfermería y medicina en AP.

Para ello se analizan la totalidad de consultas en todas las Zonas Básicas de Navarra durante el año 2015. Esto supone el estudio de 5.193.635 consultas, con un tiempo total de atención de 52.039.752 minutos (867.329 horas) diferenciando el grupo etario y sexo del paciente, así como el profesional que presta la atención. Al realizarse este análisis, sobre todas las consultas de toda la población Navarra, a lo largo de un año, presenta una medias muy consistentes, poco influenciada por los valores extremos o por otras características atribuibles a pacientes o estilos de atención en los profesionales.

Además, se realiza una comparación de sus resultados con datos de un estudio realizado por la Gerencia de Atención Primaria en 2017, con los parámetros actuales de estandarización derivados del estudio del año 2004, y con resultados obtenidos a nivel estatal.

En base a todo ello se identifican posibles ponderaciones para la estandarización de TIS, de acuerdo a las cargas de trabajo de los distintos profesionales sanitarios en el ámbito de AP y la repercusión de la edad y el sexo, como factores sociodemográficos, en ellas.

Por último, se realiza una propuesta de estandarización de TIS para AP de Navarra y se valora la repercusión en su plantilla sanitaria.

Para la realización de este trabajo se han tenido en cuenta las recomendaciones y observaciones de la Subdirección Navarra Norte y Este así como del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de la Gerencia de AP del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Asimismo ha sido sometido a una revisión por parte de Direcciones y Jefaturas de Unidad de Enfermería de dos zonas básicas, urbanas y rurales,

a) Notas metodológicas

En base a la HCI, ATENEA, ha sido necesario tomar una serie de decisiones sobre el tratamiento de los datos. Por un lado, respecto al tipo de acto existente en la HCI y, por otro lado, respecto a los tiempos asistenciales empleados.

Respecto al estudio de los actos:

1. Se estudian los datos por categorías de sexo Masculino (M) y Femenino (F), de grupos etarios (0-2, 3-6, 7-14, 15-44, 45-54, 55-64, 65-74, >=75) y de estamento sanitario que realiza la atención (medicina o enfermería).
2. Se tienen en cuenta todos los tipos de actos asistenciales utilizados en las zonas:
 - a) Número de consultas en centro de salud: espontáneas con cita previa, espontáneas sin cita previa, programadas, urgencias (triaje y consulta) y consultas no presenciales.
 - b) Número de consultas en domicilio: espontáneas, programadas y urgencias.
 - c) Actividades comunes del centro: En general, técnicas y exploraciones de enfermería, así como intervenciones comunitarias y educativas grupales (vacunas, extracciones, inyectables, electrocardiogramas, holter, cirugía menor, espirometrías, doppler, talleres, etc.).
3. Se realiza un estudio sobre la frecuentación general, teniendo en cuenta todas las consultas incluidas en agenda.
4. No se tiene en cuenta si la atención es realizada por los profesionales de adultos o de pediatría sino el grupo etario demandante.

Respecto a los tiempos asistenciales:

De acuerdo a las dificultades para la valoración del tiempo, contempladas en el apartado de análisis estratégico, a la hora de realizar el estudio se tienen en cuenta dos aspectos fundamentales:

1. ATENEA, toma como base para computar el tiempo de atención, el tiempo transcurrido entre la entrada en la historia clínica del paciente y la hora de salida.
2. ATENEA, si un profesional ha entrado más de dos veces en el mismo día en la historia del paciente, sólo computa la última vez que ese profesional accede a la historia del paciente, todo el tiempo empleado en los accesos anteriores no lo tiene en cuenta.

Por ello, en el estudio se valoran cuatro tipos de tiempos:

- “Tiempo real ATENEA”: Denominado así en los datos proporcionados para el estudio. Contempla únicamente el último tiempo de entrada y salida a la historia del paciente. Por tanto, solo computa el último acceso, no tiene en cuenta los actos asistenciales realizados sin el ordenador y se observan múltiples errores, probablemente fruto de un mal manejo de la herramienta (actos con numerosas horas positivas o incluso negativas).
- “Tiempos propuestos por Plan de Mejora”: La Gerencia de Atención Primaria tiene estipulados unos tiempos estándar por categorías, que se aplican para el establecimiento de las agendas de los profesionales. En la tabla I se exponen estos tiempos medios.

TIEMPOS PLAN DE MEJORA (minutos)			
Tipos de actos	Media	Tipos de actos	Media
Análisis	4	Exploración	20
Cirugía	30	No Presencial	5
Cita Día	10	Normal	10
Crónicos	20	Taller	20
Comunitario	15	Vacunas	5
Domicilio	30	Técnica	10
Educativa	30	Urgencias	10
Esalud	20		

Tabla 1: Tiempos medios de los actos en ATENEA, de acuerdo al Plan de Mejora.

- “Tiempo real corregido”: Se utiliza el tiempo real, desestimando todos aquellos valores negativos o que suponen una duración superior a una hora. Estos tiempos son sustituidos por los tiempos propuestos por Plan de Mejora, corrigiendo en gran medida los sesgos detectados en el tiempo real.
- Se propone un cuarto tiempo “Tiempo medio (real corregido + propuesta mejora)”: Con la hipótesis de que el apartado anterior no corrige totalmente los sesgos del tiempo real al permitir los valores “0”, este tiempo desestima todos los valores de los actos que no se

realizan con ordenador y aquellos valores que no se consideran lógicos en los actos presenciales y, al igual que en el apartado anterior, los sustituye por los valores propuestos por Plan de Mejora. La tabla 2 recoge los tiempos medios y los tiempos considerados anormalmente bajos o altos.

TIEMPOS PLAN DE MEJORA			
Tipos de actos	Media	Desestimar bajo	Desestimar alto
Análisis	4	Todo	Todo
Cirugía	30	10	90
Cita Día	10	3	60
Crónicos	20	3	60
Comunitario	15	Todo	Todo
Domicilio	30	Todo	Todo
Educativa	30	10	60
Esalud	20	10	60
Exploración	20	5	60
No Presencial	5	1	60
Normal	10	3	60
Taller	20	Todo	Todo
Vacunas	5	1	60
Técnica	10	3	60
Urgencias	10	5	60

Tabla 2: Tiempos medios de los actos en ATENEA y valores a desestimar, de acuerdo al Plan de Mejora.

En todos los tiempos se consideran los actos “No acudió” como “0”.

Se decide realizar el estudio de los datos mediante el tiempo “Tiempo medio (real corregido y propuesto)”.

Otras notas metodológicas:

La adecuación de los tiempos del Plan de Mejora a la realidad asistencial actual, así como el agrupamiento de los grupos etarios no se cuestiona en este estudio.

b) Terminología utilizada en el estudio

- CONSULTAS: Número de consultas total.
- FRECUENTACIÓN GENERAL: Consultas por habitante y año. Número de consultas/población con CIAS asignado.

- TIEMPO MEDIO ANUAL: Tiempo acumulado por habitante y año. Tiempo de atención global/población con CIAS asignado.
- TIEMPO MEDIO POR CONSULTA: Tiempo medio en minutos/frecuentación general.
- POBLACIÓN PEDIÁTRICA: Población menor a 15 años.
- POBLACIÓN ADULTA: Población igual o mayor a 15 años.
- GRUPOS ETARIOS: Rangos de edad
 - 0-2: Entre 0 y 3 años.
 - 3-6: Igual o mayor a 3 años y menor de 7.
 - 7-14: Igual o mayor a 7 años y menor de 15.
 - 15-44: Igual o mayor a 15 años y menor de 45.
 - 45-54: Igual o mayor a 45 años y menor de 55.
 - 55-64: Igual o mayor a 55 años y menor de 65.
 - 65-74: Igual o mayor a 65 años y menor de 75.
 - >=75: Igual o mayor a 75 años.
- MEDICINA: Medicina (medicina FyC y Pediatría).
- RAZONES: Sexo (Masculino/Femenino). Estamento (Medicina/Enfermería).
- FACTOR CORRECTOR: Se obtiene mediante la división de los datos por el valor mínimo hallado en la categoría de estudio. De esta forma el valor menor es 1 y el resto de datos se ponderan de acuerdo a él. Esto significa que en valores sin grandes variaciones los factores correctores son mínimos, pero con valores extremos pueden llegar a ser importantes.

c) Datos poblacionales

El sistema de AP en Navarra está formado por 56 Zonas Básicas integradas en 3 áreas: Navarra Norte y Este (41 Zonas Básicas), Tudela (7 Zonas Básicas) y Estella (8 Zonas Básicas). Para mayor detalle acudir al Anexo II.

En el Anexo III se encuentran todas las tablas en las que se detallan los datos de este apartado, sobre la población por Áreas de Salud, diferenciada según población adulta y pediátrica global, grupos etarios y sexo.

La población de Navarra en el año 2015, a fecha 30 de junio, es de 617.039 personas. Como se puede apreciar en el gráfico 1 (Población de Navarra por Áreas de Salud de AP, junio 2015), la distribución de esta población para la atención en las zonas básicas (con CIAS-asignación a una UBA) es la siguiente: 75,31% corresponden al área de Navarra Norte e Este, el 14,95% al área de Tudela y el 9,74 % al área de Estella.

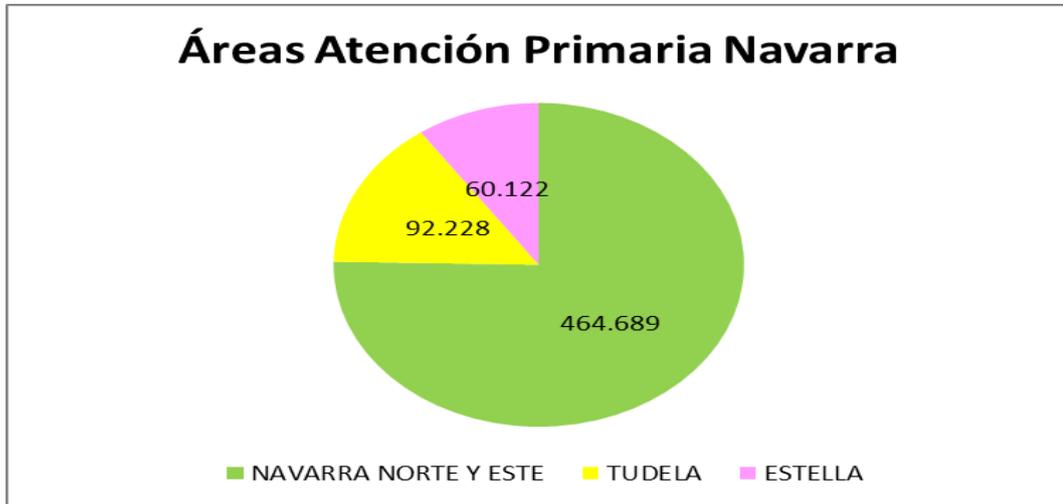


Gráfico 1: Población de Navarra por Áreas de Salud de AP, junio 2015.

Según se puede ver en el gráfico 2, de estas personas 97.496 tienen edades comprendidas entre los 0 y los 14 años (edad pediátrica) y 519.543 igualan o superan los 15 años (edad adulta), lo que supone el 15,8% y el 84,2% respectivamente.

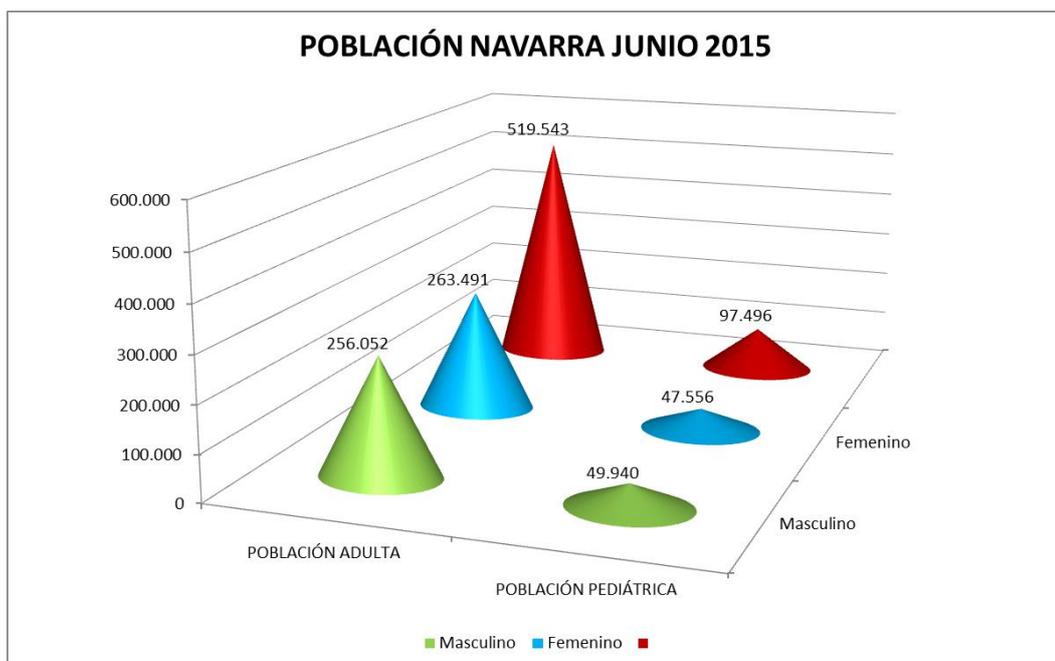


Gráfico 2: Población adulta y pediátrica, diferenciada por sexo, en AP de Navarra, junio 2015.

La distribución por sexos es del 49,59% para el sexo femenino y 50,41% para el sexo masculino.

En cuanto a los porcentajes por grupos etarios, se observa un envejecimiento de la población con un grupo etario 0-2 que supone el 2,89% de la población frente a las personas mayores de 75 años que suponen el 9,73%. En el gráfico 3 se puede observar en detalle la estructura de la pirámide poblacional.

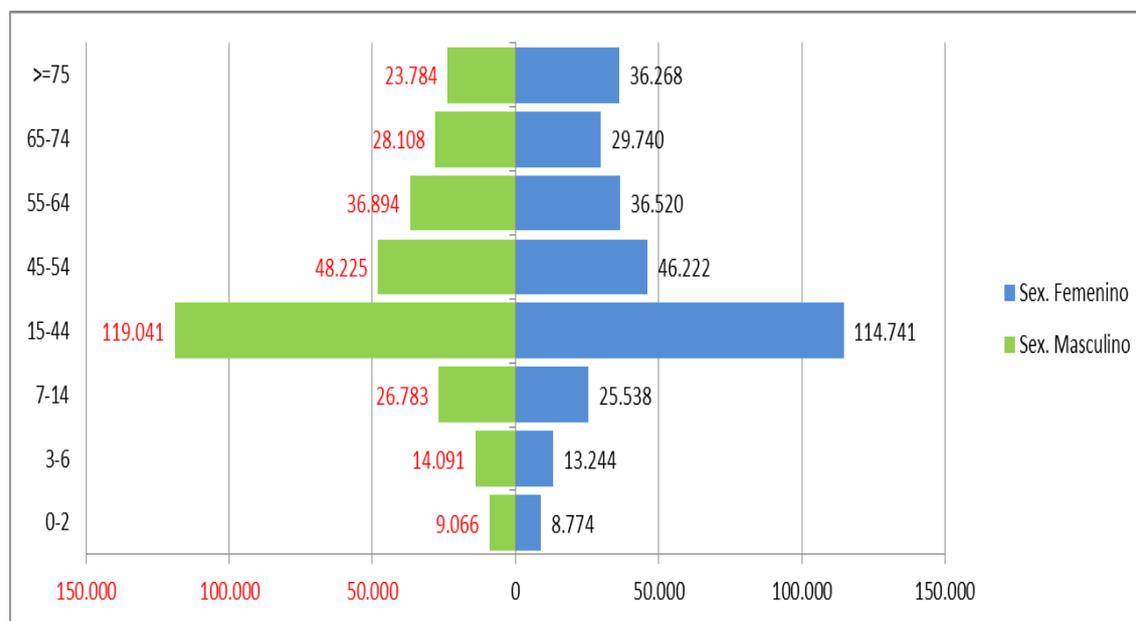


Gráfico 3: Pirámide poblacional, AP Navarra, junio 2015.

d) Datos sobre frecuentación

Se exponen los datos sobre frecuentación, diferenciando las áreas de AP de Navarra, grupos etarios, sexo y estamentos sanitarios (medicina/enfermería) que prestan la atención. Todas las tablas en las que se basan los datos de este apartado se recogen en el Anexo IV.

i. Datos Generales

La estimación se realiza a partir de la totalidad de consultas realizadas durante el horario ordinario de atención de las Zonas Básica de Atención de AP de Navarra del año 2015, con un total de 5.193.635 actos.

La frecuentación en AP en Navarra en el año 2015, como se evidencia en el gráfico 4, es de 8,08 consultas en el área de Navarra Norte y Este, 9,22 consultas en Tudela y 9,79 consultas en Estella, lo que supone una media Navarra de 8,42 consultas por habitante/año.

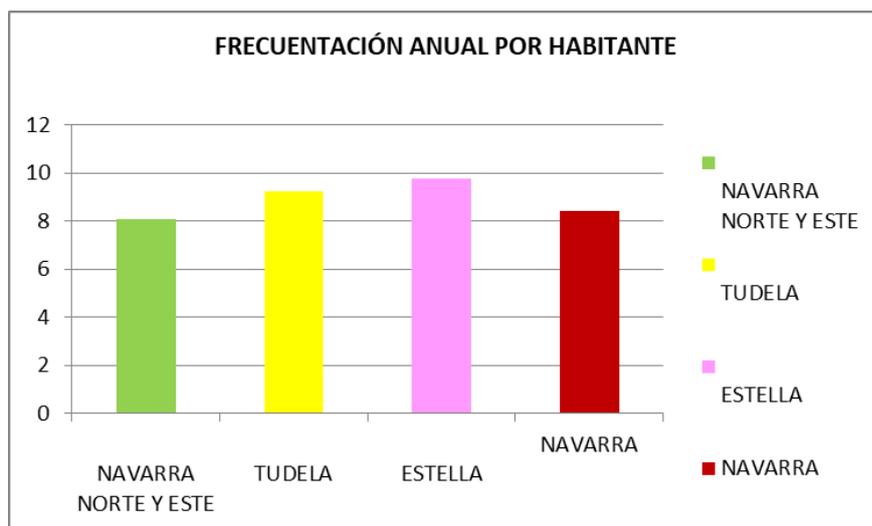


Gráfico 4: Frecuentación en AP Navarra, por Áreas de Salud, año 2015.

ii. Edad

La frecuentación en Navarra es de 8,51 consultas para la población adulta y de 7,92 consultas para la población pediátrica, con una media total de 8,42 consultas.

Se observa en el gráfico 5, cómo la frecuentación es inferior en Navarra Norte y Este, fundamentalmente en adultos (8,14), obteniendo los valores superiores el área de Estella (10,01). También en pediatría se objetivan diferencias, con una frecuentación de 7,79 consultas en Navarra Norte y Este y 8,46 consultas en Estella. Tudela se mantiene en niveles intermedios con 9,40 consultas para la población adulta y 8,31 consultas para la pediátrica.

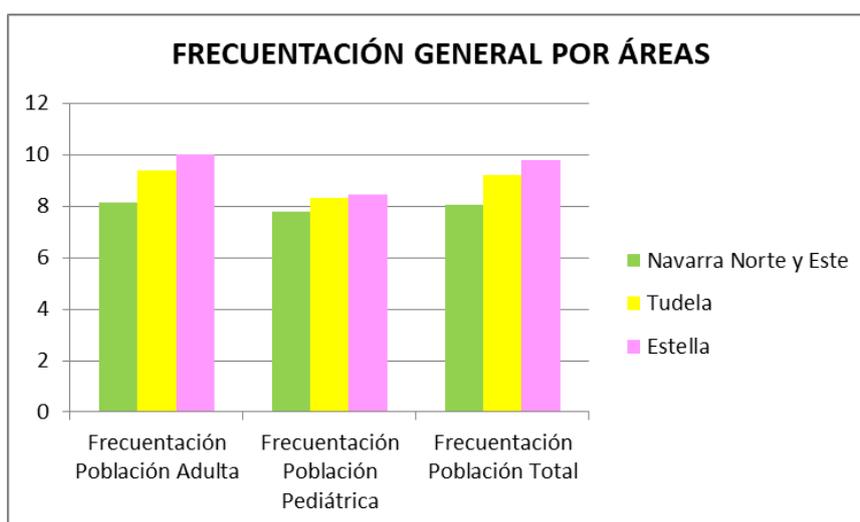


Gráfico 5: Frecuentación de la población adulta y pediátrica, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

Desglosando las poblaciones en grupos etarios, se observan comportamientos similares en la evolución de ellos, aunque con una menor frecuentación en el área de Navarra Norte y Este, siendo el área de Estella la que mantiene un nivel de frecuentación mayor en todos los grupos, excepto a partir de los 65 años, donde es ligeramente superada por el área de Tudela. Asimismo, se observa cómo las áreas de Tudela y Estella soportan unos niveles similares de frecuentación, frente a Navarra Norte y Este. En el gráfico 6 se pueden apreciar estos detalles.

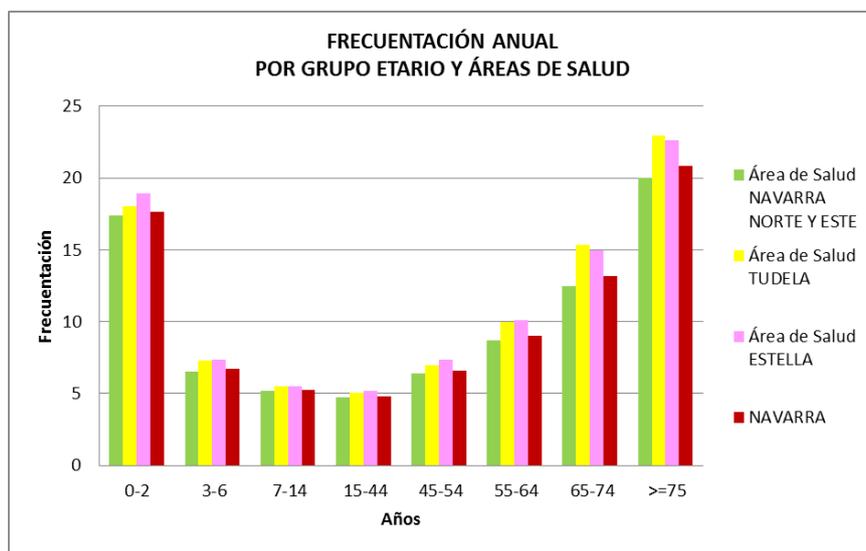


Gráfico 6: Frecuentación de la población por grupo etario, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

En la población Navarra, las diferencias en la frecuentación por grupo etario son relevantes, fundamentalmente en los grupos de 0 a 2 años (17,62) y personas mayores de 75 (20,8), disminuyendo de forma importante desde los 3 años y comenzando a elevarse de manera significativa a partir de los 55, como se ve en el gráfico 7. Las edades con menor frecuentación son las comprendidas entre los 7 y los 54 años.

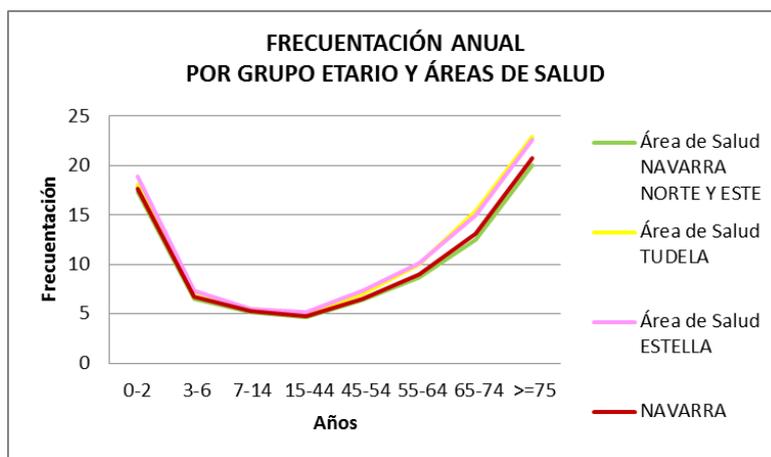


Gráfico 7: Frecuentación de la población, por grupo etario, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

iii. Sexo

En cuanto a la frecuentación por sexo, se observa que las áreas presentan comportamientos similares.

En el gráfico 8 se aprecia cómo la frecuentación de ambos sexos es muy similar en la edad pediátrica, resaltando que en todas las áreas y en todas las edades, es ligeramente superior la frecuentación del sexo masculino (razones comprendidas entre el 1,03 y el 1,09). En la edad adulta, también en todas las áreas, la frecuentación femenina es claramente superior, fundamentalmente en los grupos etarios de 15 a 44 y de 44 a 54 (razones entre 0,66 y 0,79), disminuyendo a partir de los 55 años, e incluso siendo ligeramente superior la frecuentación del sexo masculino, a partir de los 75 años (razón media en Navarra de 1,04).

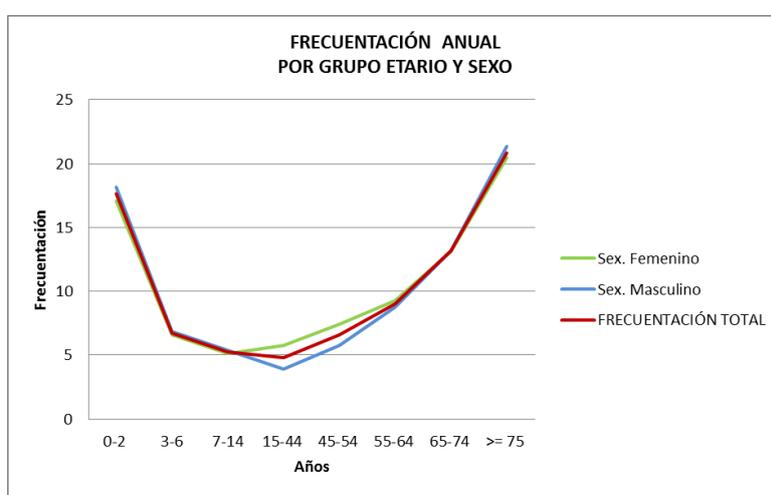


Gráfico 8: Frecuentación de la población, por grupo etario y sexo, en AP Navarra, año 2015.

iv. Estamentos profesionales

En cuanto a la frecuentación por tipo de profesional, se observa que las áreas presentan comportamientos diferentes en cuanto a la atención de enfermería frente a la atención médica. En comparación con las áreas de Tudela y Estella, se observa cómo en Navarra Norte y Este, existe una mayor frecuentación de la consulta de enfermería con respecto a la de medicina, en todas las edades y, fundamentalmente, en el grupo de 0-2 años.

En el conjunto de Navarra, diferenciando la edad pediátrica de la edad adulta, observamos cómo la frecuentación de la consulta de medicina es sensiblemente superior en pediatría siendo de 5,25 consultas en medicina y 2,68 consultas en enfermería (66,23% frente a 33,77%), disminuyendo esta diferencia en la población adulta con 4,81 y 3,70 consultas respectivamente (56,51% frente a 43,49%).

La frecuentación en medicina es muy superior a la de enfermería en todos los rangos de edad, fundamentalmente en la edad pediátrica, donde alcanza el pico superior en el grupo etario de 3-6 años (4,9 medicina / 1,81 enfermería), llamativo frente al grupo etario de 0-2 años (10,86 medicina / 6,77enfermería). Entre los 7 y los 54 años se mantiene en porcentajes similares, comenzando a disminuir a partir de esta edad, igualándose a partir de los 65 años y siendo claramente superada por la atención de enfermería, a partir de los 75 años (9,48 medicina / 11,33 enfermería). En el gráfico 9 se aprecian en detalle estos datos.

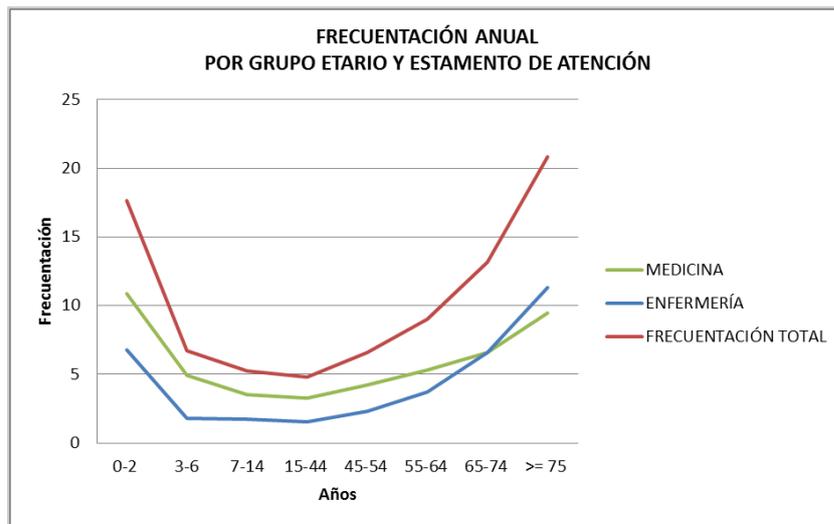


Gráfico 9: Frecuentación de la población, por grupo etario y estamento de atención, en AP Navarra, año 2015.

En cuanto a la distribución global de la atención en medicina y enfermería, por lo que respecta a la atención de enfermería, gráfico 10, resalta cómo, el sexo masculino tiene una mayor frecuentación en todas las edades excepto en el grupo de 15 a 44 y de 45 a 54 (razón de 0,69 y 0,85). Esa mayor frecuentación del grupo masculino se da fundamentalmente en pediatría, de 7 a 14 años (razón 0,10) y en adultos en los grupos de 65 a 74 y mayores de 75 años (razones de 1,14 y 1,10 respectivamente).

Por lo que respecta a la atención de medicina, gráfico 11, resalta que, el sexo masculino tiene, al igual que en la consulta de enfermería, una mayor frecuentación en toda la edad pediátrica, fundamentalmente en el grupo de 0-2 años (razón 1,09) y el sexo femenino en toda la edad adulta, especialmente entre los 15-44 y los 45-54 años de edad (razones 0,68 y 0,74), asemejándose únicamente a partir de los 75 años (razón 0,98).

Ese mayor tiempo medio anual observado en el sexo femenino, entre los 15 y los 54 años de edad repercute de forma similar en ambas consultas en el grupo de 15 a 44 años. No así el grupo de 45-54, que repercute en mayor medida en medicina.

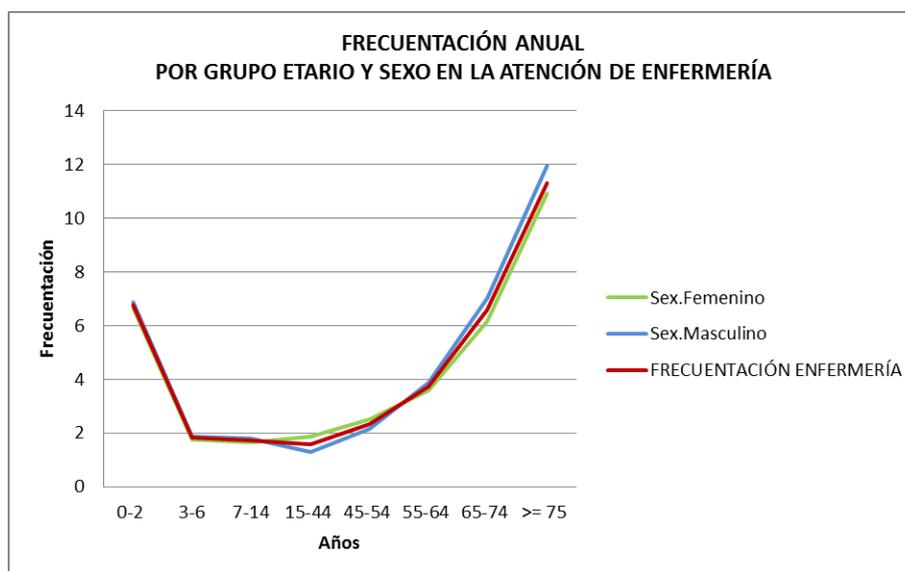


Gráfico 10: Frecuentación de la población, por grupo etario y sexo, en consulta enfermería, en AP Navarra, año 2015.

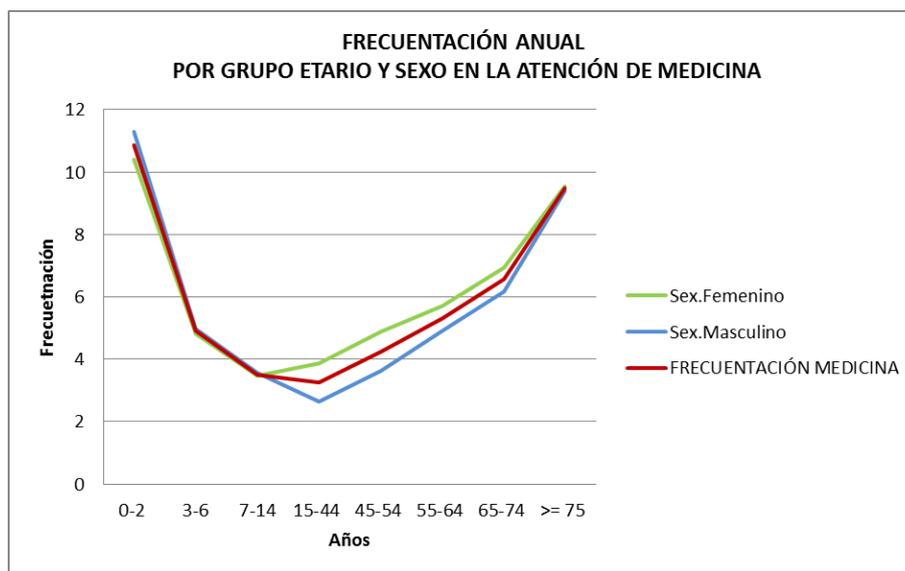


Gráfico 11: Frecuentación de la población, por grupo etario y sexo, en consulta medicina, en AP Navarra, año 2015.

e) Datos sobre tiempos medios asistenciales anuales

Se exponen los datos sobre los tiempos medios asistenciales anuales por habitante, diferenciando las áreas de AP de Navarra, grupos etarios, sexo y estamentos que prestan la atención. Todas las tablas en las que se basan los datos de este apartado se recogen en el Anexo V.

Datos Generales

La estimación se realiza a partir de la de la suma de los tiempos de atención “Tiempo medio (Real corregido +Propuesta Plan Mejora)” realizados en los días laborables del año 2015 en todo las Zonas Básicas de AP, con un total de 52.039.752 minutos de atención.

El tiempo medio anual por habitante año, en minutos, en AP de Navarra en el año 2015, como se evidencia en el gráfico 12, fue de 81,30 minutos en Navarra Norte y Este, 90,41 en Tudela y 98,48 en Estella, lo que supone una media en Navarra de 84,34 minutos de atención sanitaria por habitante/año.

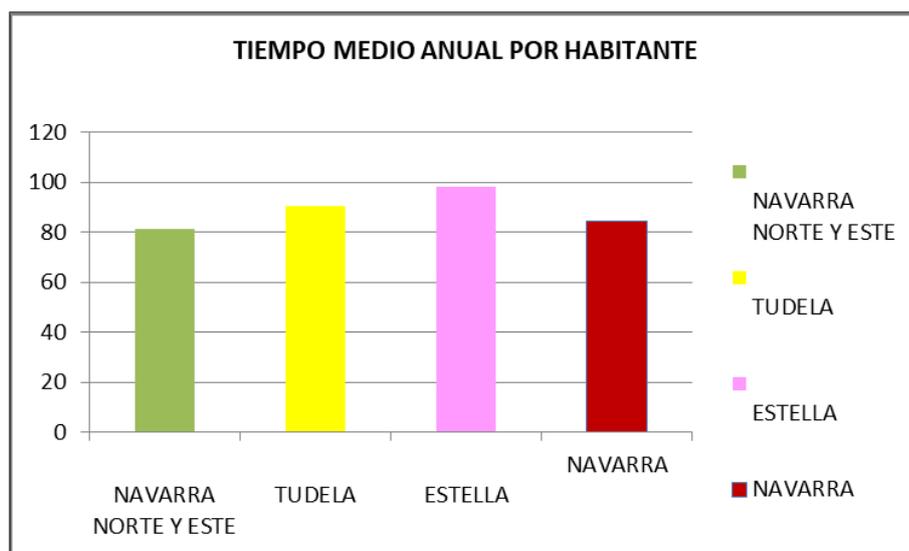


Gráfico 12: Tiempo medio anual en AP Navarra, por Áreas de Salud, año 2015.

En cuanto a los distintos tiempos valorados, se aprecia en la tabla 3, cómo el Tiempo Real ATENEA y el Tiempo real corregido son muy similares entre ellos en todas las áreas, ocurriendo lo mismo entre los otros dos tiempos sugeridos Tiempos Propuestos Plan Mejora y Tiempo Medio (Real corregido + Propuesta de Mejora).

TIPOS DE TIEMPOS DE ATENCIÓN VALORADOS (minutos)	TOTAL NAVARRA
"TIEMPO REAL ATENEA"	31.490.591
"TIEMPO REAL CORREGIDO"	31.914.002
"TIEMPOS PROPUESTOS PLAN MEJORA"	51.627.346
"TIEMPO MEDIO (REAL CORREGIDO+PROPUESTA MEJORA)"	52.039.752

Tabla 3: Propuestas de tiempos contempladas para el estudio del tiempo medio anual de la población de Navarra, año 2015.

i. Edad

El tiempo medio anual de atención sanitaria en Navarra es de 83,20 minutos para la población adulta y de 90,38 para la población pediátrica, con una media total de 84,34 minutos.

Se observa en el gráfico 13, cómo el tiempo medio anual por habitante en la población adulta es muy dispar en las distintas áreas, siendo sensiblemente inferior en Navarra Norte y Este con respecto a Estella (19,82 minutos por habitante adulto), manteniéndose Tudela, de nuevo, en valores intermedios. Con respecto a la población pediátrica, no se observan diferencias significativas en ninguna de las áreas con respecto a la media navarra.

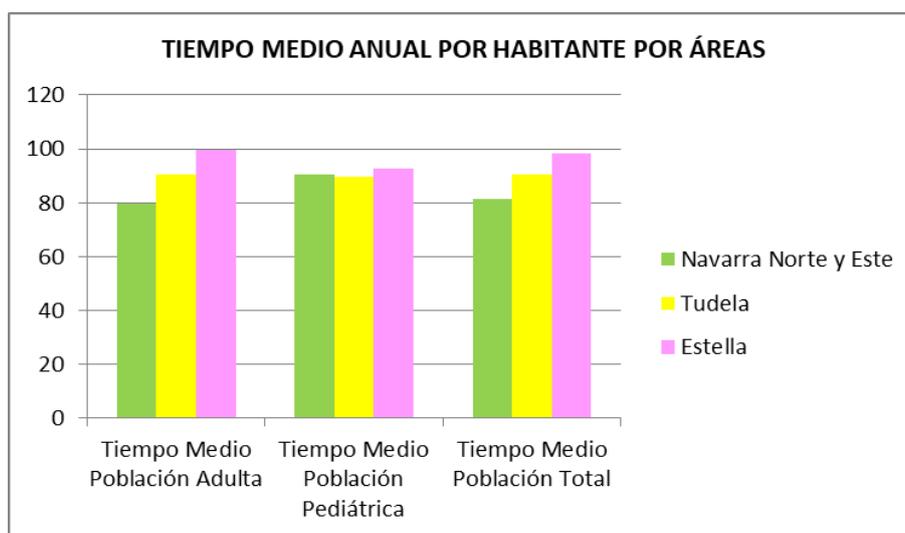


Gráfico 13: Tiempo medio anual de la población adulta y pediátrica, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

En la valoración por grupos etarios, se observan comportamientos distintos en las áreas, sin excesiva relevancia, hasta los 45 años. A partir de esta edad se observan diferencias significativas en las que, al igual que en los tiempos medios globales, se observa cómo Navarra Norte y Este es sensiblemente inferior a Estella. La diferencia llega a ser hasta de 41,2 minutos más de atención por habitante mayor de 75 años del área de Estella, frente a Navarra Norte y Este. Asimismo se observa cómo Tudela presenta datos similares a Estella, excepto en el grupo etario de 0 a 2 años en el que presenta el menor tiempo medio anual de las áreas (219,32 minutos). En el gráfico 14 se pueden apreciar estos detalles.

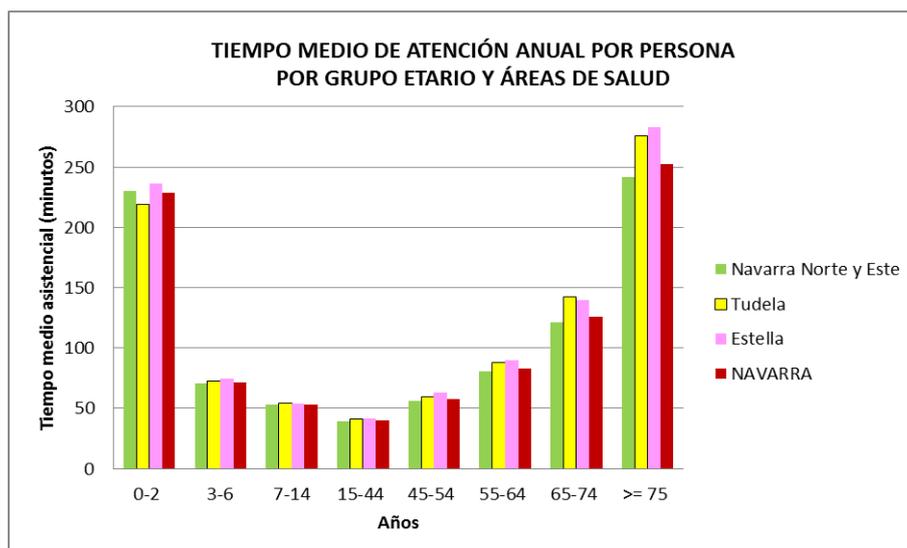


Gráfico 14: Tiempo medio anual de la población por grupo etario, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

En la población Navarra, las diferencias en el tiempo medio anual por habitante por grupo etario son relevantes, como se ve en el gráfico 15, fundamentalmente en los grupos de 0 a 2 años (228,93 minutos) y mayores de 75 (242,45 minutos), disminuyendo de forma importante desde los 3 años y comenzando a elevarse de manera significativa a partir de los 54 años. El grupo con una menor frecuentación es el de 15 a 44 años (39,63 minutos).

12

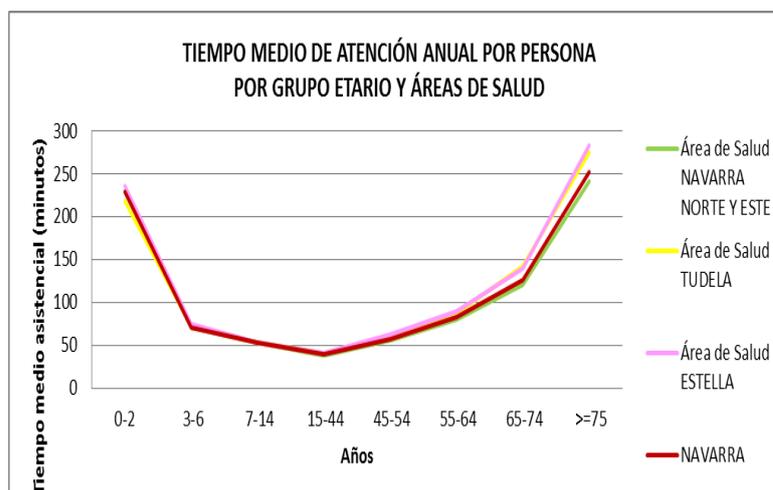


Gráfico 15: Tiempo medio anual de la población por grupo etario, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

ii. Sexo

En cuanto a la frecuentación por sexo, se observa que las áreas presentan comportamientos similares.

En el gráfico 16 se aprecia cómo el tiempo medio anual de ambos sexos es similar en la edad pediátrica, resaltando que en todas las áreas, en todas las edades, es ligeramente superior la frecuentación del sexo masculino (razones comprendidas entre el 1,01 y el 1,08). En la edad adulta, el tiempo medio anual del sexo femenino es claramente superior, fundamentalmente en los grupos etarios de 15 a 44 y de 44 a 54 (razón de 0,71 y 0,79 respectivamente), igualándose a partir de los 55 años, e incluso siendo ligeramente superior el tiempo medio anual del sexo masculino en el grupo etario de 65 a 74 en Navarra Norte y Este.

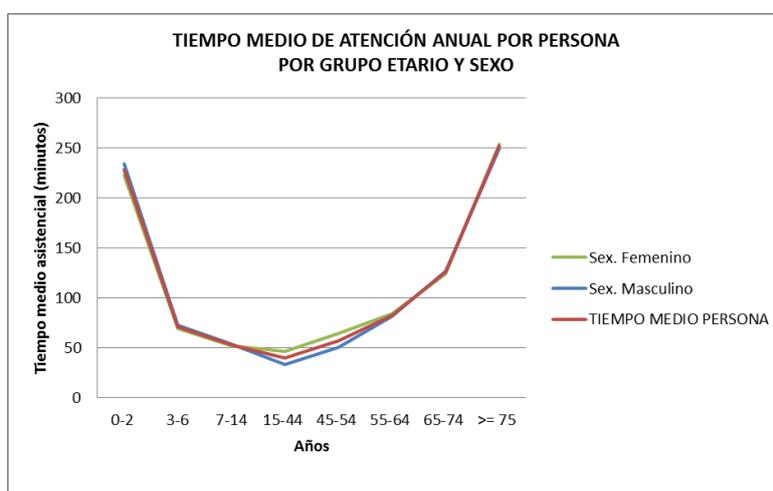


Gráfico 16: Tiempo medio anual de la población, por grupo etario y sexo, en AP Navarra, año 2015.

iii. Estamentos profesionales

En cuanto al tiempo medio anual por tipo de profesional, se observa que las áreas presentan comportamientos diferentes en cuanto a la atención de enfermería, frente a la atención médica. Así en Navarra Norte se observa, en general, un mayor tiempo medio anual de atención de enfermería en la población pediátrica y hasta los 44 años. A partir de los 45 años, también en general, las áreas de Tudela y Estella tienen un mayor tiempo medio anual de enfermería, siempre en comparación con el estamento médico.

En el conjunto de Navarra, diferenciando la edad pediátrica de la edad adulta, observamos cómo el tiempo medio anual por habitante, en pediatría, es sensiblemente superior en medicina (59,89% frente a 40,11%), disminuyendo esta diferencia en la población adulta (54,27% frente a 45,73%).

En pediatría, el tiempo medio anual del profesional de medicina es muy superior en todos los rangos de edad, excepto en el grupo pediátrico de 0 a 2 años en el que solo es ligeramente superior, frente al tiempo medio anual de enfermería (53,25% y 46,75% respectivamente). En cuanto a la población adulta, el tiempo del profesional de medicina es muy superior hasta los 54 años (65,70%), comenzando a disminuir a partir de esta edad, igualándose a partir de los 65 años (49,88%) y siendo claramente superado por la atención de enfermería a partir de los 75 años (41,53% y 58,47% respectivamente). En el gráfico 17 se aprecian en detalle estos datos.

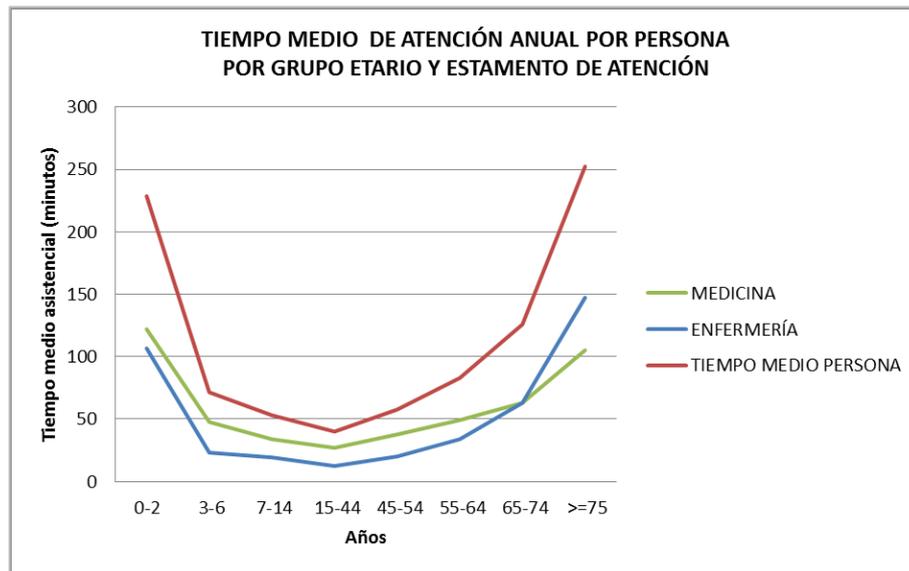


Gráfico 17: Tiempo medio anual de la población, por grupo etario y estamento de atención, en AP Navarra, año 2015.

En cuanto a la distribución global de la atención en medicina y enfermería, por sexos, por lo que respecta a la atención de enfermería, gráfico 18, resalta cómo, el sexo masculino tiene un mayor tiempo medio anual en todas las edades excepto en los grupos etarios de 15 a 44 y de 45 a 54 (razón de 0,78 y 0,89). Ese mayor tiempo medio anual del grupo masculino se da fundamentalmente en pediatría, de 7 a 14 años (razón 1,07) y en adultos en los grupos de 55 a 64 y 65 a 74 (razones de 1,15 y 1,17 respectivamente) disminuyendo en gran medida en mayores de 75 años donde se igualan ambos sexos (razón 1,00).

Por lo que respecta a la atención de medicina, gráfico 19, vemos que, el sexo masculino tiene, al igual que en enfermería, un mayor tiempo medio anual en toda la edad pediátrica, fundamentalmente en el grupo 0-2 años (razón 1,08). Es el sexo femenino el que tiene el mayor tiempo medio anual en la edad adulta, especialmente entre los 15-44 y los 45-54 años de edad (razones 0,69 y 0,74), asemejándose únicamente a partir de los 75 años (razón 0,96).

Ese mayor tiempo medio anual de atención anual observado en el sexo femenino, entre los 15 y los 54 años de edad, repercute en las consultas de enfermería y medicina, pero fundamentalmente en esta última.

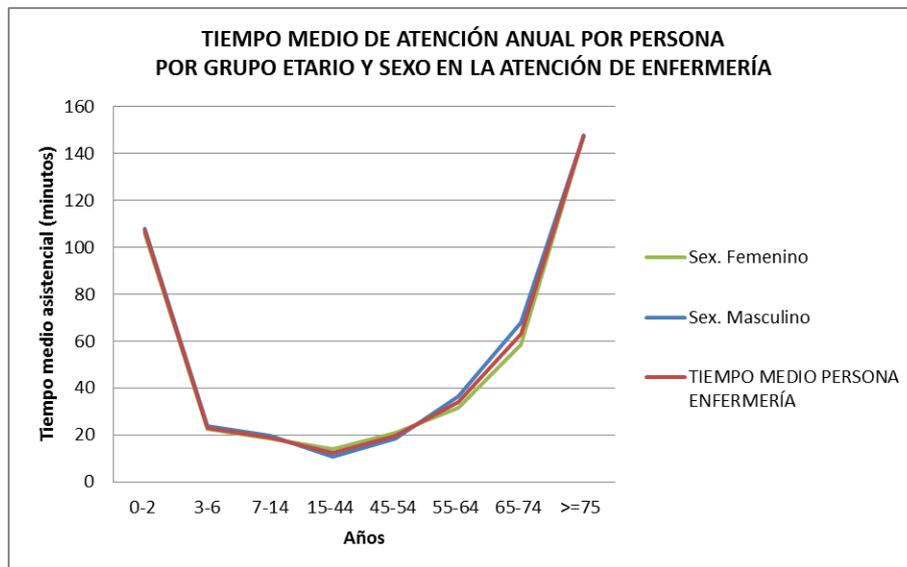


Gráfico 18: Tiempo medio anual de la población, por grupo etario y sexo, en consulta enfermería, en AP Navarra, año 2015.

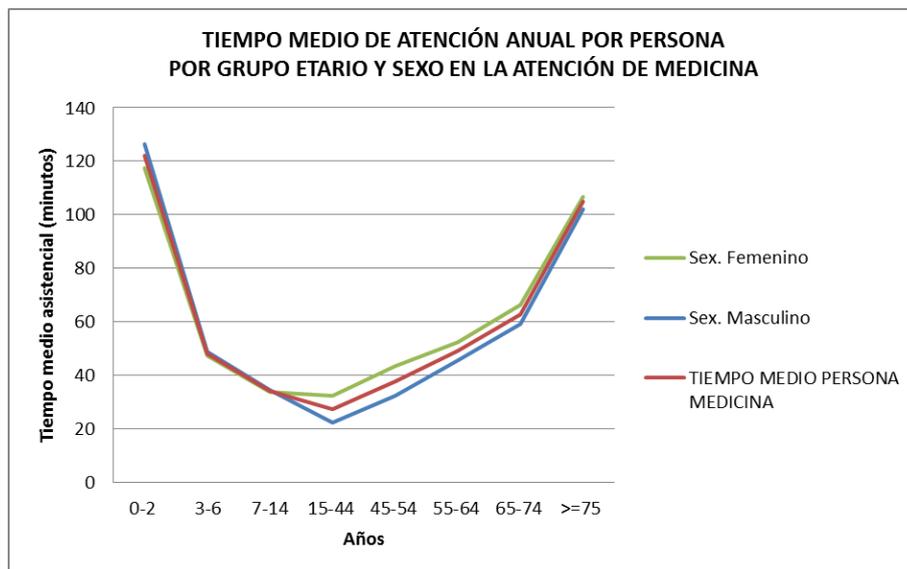


Gráfico 19: Tiempo medio anual de la población, por grupo etario y sexo, en consulta medicina, en AP Navarra, año 2015.

Para finalizar este apartado, no es objeto de este estudio el análisis de la dispersión geográfica. No obstante, ante el resultado sobre el tiempo medio anual de enfermería en las personas mayores de 75 años, se ha trabajado sobre este dato, relacionándolo con la dispersión geográfica de Navarra, tabla 1, con el siguiente resultado:

TMA Enfermería en personas mayores de 75 años	Tipos de centros de acuerdo a dispersión
133,60 minutos	Tipo 1 - Urbanos
165,52 minutos	Tipo 2 - Rurales grandes
181,11 minutos	Tipo 3 - Rurales medianos
181,86 minutos	Tipo 4 - Rurales pequeños
189,58 minutos	Tipo 5 - Rurales gran dispersión

Tabla 4: Tiempo medio anual de la población igual o mayor de 75 años, en la consulta de enfermería, por tipos de centros de acuerdo a dispersión, en AP Navarra, año 2015.

f) Datos sobre tiempos medios de consulta

Se exponen los datos sobre tiempos medios por consulta, derivados de los apartados de frecuentación y de tiempos medios asistenciales anuales. Todas las tablas en las que se basan los datos de este apartado se recogen en el Anexo VI.

Datos Generales

El tiempo medio por consulta, en minutos, en AP de Navarra en el año 2015 fue de 10,06 en Navarra Norte y Este, 9,80 en Tudela y 10,06 en Estella, lo que supone una media en Navarra de 10,02 minutos de tiempo medio de consulta sanitaria, como se evidencia en el gráfico 20.

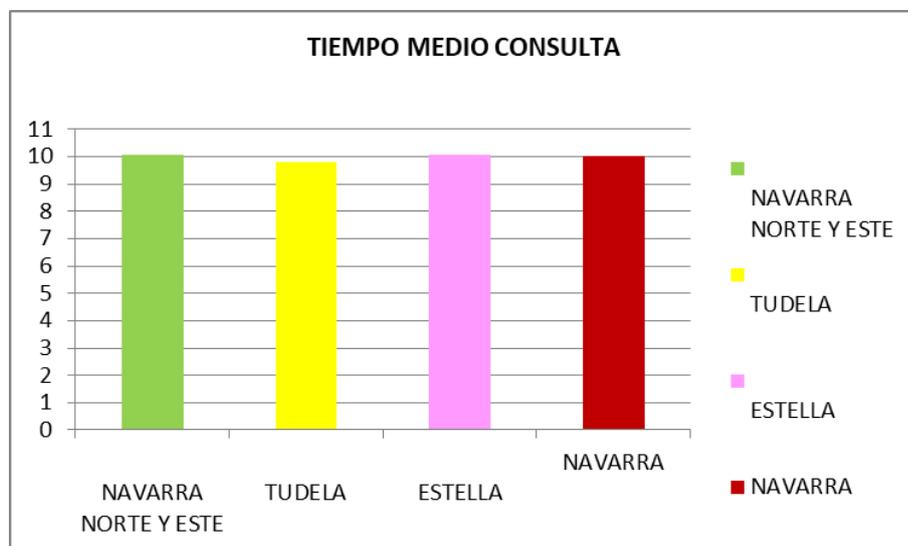


Gráfico 20: Tiempo medio de consulta en AP Navarra, por Áreas de Salud, año 2015.

Pese a las diferencias entre las áreas, en los datos de Frecuentación y de Tiempos medios anuales por habitante, observamos como el tiempo medio de consulta es muy similar. Esto se debe a que todas ellas mantienen una proporción inversa entre la frecuentación y el tiempo medio de atención lo que supone que el tiempo medio por consulta se equipare.

i. Edad

El tiempo medio de consulta sanitaria en Navarra es de 9,78 para la población adulta y de 11,41 para la población pediátrica, con una media total de 10,02.

Se observa en el gráfico 21, cómo el tiempo de consulta es muy similar en todas las áreas, fundamentalmente en el área de adultos (9,78, 9,64 y 9,93 minutos para las áreas de Navarra Norte, Tudela y Estella, respectivamente). En pediatría se observa un importante incremento del tiempo, con respecto a la edad adulta, más señalado en Navarra Norte y Este (11,60 minutos). Tudela y Estella mantienen tiempos de consulta similares en la edad pediátrica (10,76 y 10,96).

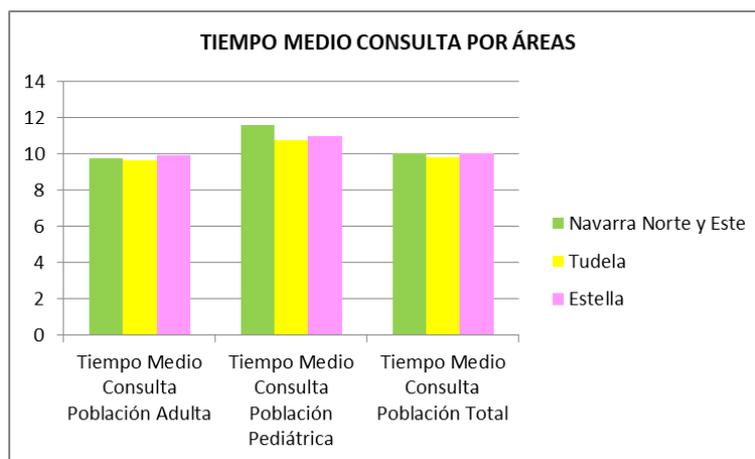


Gráfico 21: Tiempo medio de consulta de la población adulta y pediátrica, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

Desglosando la población en grupos etarios, se observan comportamientos similares en la evolución de ellos, aunque con un mayor tiempo medio de consulta en el área de Navarra Norte y Este en todos los grupos etarios. Estella y Tudela presentan valores muy similares, siendo algo superiores los de Estella. En el gráfico 22 se pueden apreciar estos detalles.

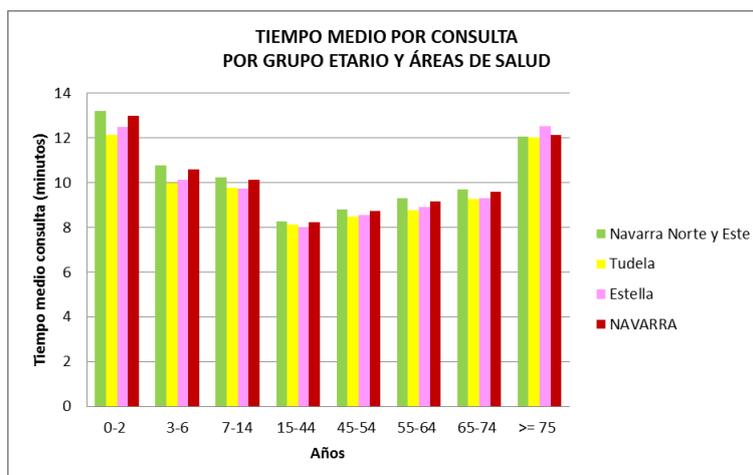


Gráfico 22: Tiempo medio de consulta de la población por grupo etario, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

En la población Navarra, tal y como se observa en el gráfico 23, el tiempo de consulta es superior en todos los grupos etarios pediátricos, más señalado en el grupo de 0-2 años (13 minutos). Los grupos etarios desde los 15 a los 74 años de edad presentan un comportamiento muy similar con un ligero aumento progresivo (de 8,2 minutos a 9,5 minutos) y es en las personas mayores de 75 años donde se da un importante aumento frente al grupo anterior, con una media de consulta muy similar a la del grupo etario 0-2 años (12,1 minutos).

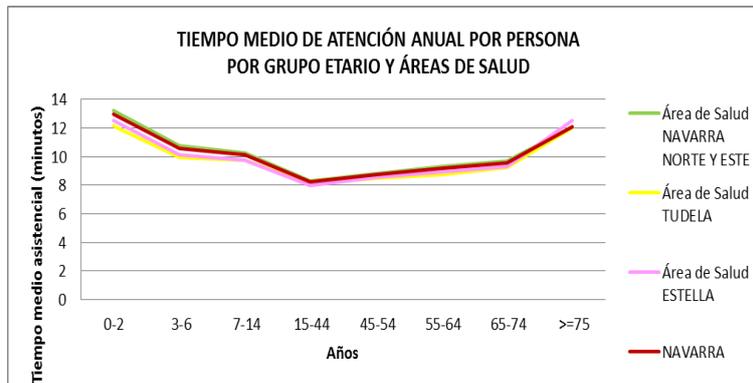


Gráfico 23: Tiempo medio de consulta de la población por grupo etario, en las Áreas de Salud de AP Navarra, año 2015.

ii. Sexo

En cuanto al tiempo medio de consulta por sexos, se observa que las áreas presentan de nuevo comportamientos similares.

En el gráfico 24 se observa cómo, el tiempo medio de consultas de ambos sexos es prácticamente igual en la edad pediátrica en todas las áreas (razones comprendidas entre el 0,96 y el 1,01). En la edad adulta, el tiempo medio de consulta es ligeramente superior en el sexo masculino, en todas las áreas. A partir de los 65 años el tiempo medio de consulta del sexo femenino aumenta, para igualarse con el sexo masculino y a partir de los 75 años lo supera en todas las áreas (razones entre 0,93 y 0,95).

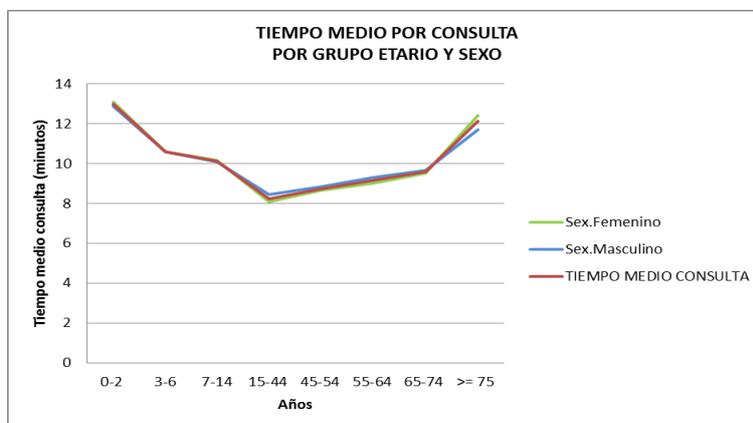


Gráfico 24: Tiempo medio de consulta de la población, por grupo etario y sexo, en AP Navarra, año 2015.

iii. Estamentos profesionales

En cuanto al tiempo medio de consulta por tipo de profesional, se puede apreciar que las áreas presentan comportamientos diferentes en cuanto a la atención de enfermería frente a la atención médica. Con respecto a la edad pediátrica, todas las áreas presentan en todas las edades un tiempo medio de consulta superior en el estamento de enfermería, más acusado en los grupos etarios 0-2 años (razones entre 0,66 y 0,72) y de 3-6 (razones entre 0,70 y 0,78) siendo Estella la que mayores valores obtiene frente a Navarra Norte y Este. Con respecto a la edad adulta, Navarra Norte y Este y Estella presentan una gran similitud, siendo la consulta de medicina la que tiene una mayor media, aunque ambos estamentos tienen una media muy similar, excepto en personas mayores de 75 años (razones 0,88 y 0,85 respectivamente). Tudela mantiene un comportamiento distinto al tener en los grupos etarios adultos, al igual que en la pediátrica, un mayor tiempo medio de consulta de enfermería, más acusado en personas mayores de 75 año (razón 0,73).

En el conjunto de Navarra, diferenciando la edad pediátrica de la edad adulta, observamos cómo el tiempo medio de consulta, en pediatría, es sensiblemente superior en enfermería (13,55 minutos) frente a medicina (10,31 minutos). También este tiempo es superior en enfermería en la población adulta, aunque en menor medida (10,28 minutos enfermería y 9,39 minutos medicina).

Por grupos etarios, la consulta de enfermería tiene una importante representatividad en los grupos etarios extremos, de 0 a 2 años (15,81 minutos) y en mayores de 75 años (13,02 minutos). Desde los dos años va disminuyendo el tiempo medio frente a medicina hasta el grupo etario de 15 a 44 años (7,87 minutos, frente a medicina 8,405), para a partir de esta edad aumentar progresivamente de nuevo su tiempo medio de consulta. Medicina tiene un mayor tiempo medio de consulta, aunque con muy escasa diferencia en las edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. En el gráfico 25 se aprecian en detalle estos datos.

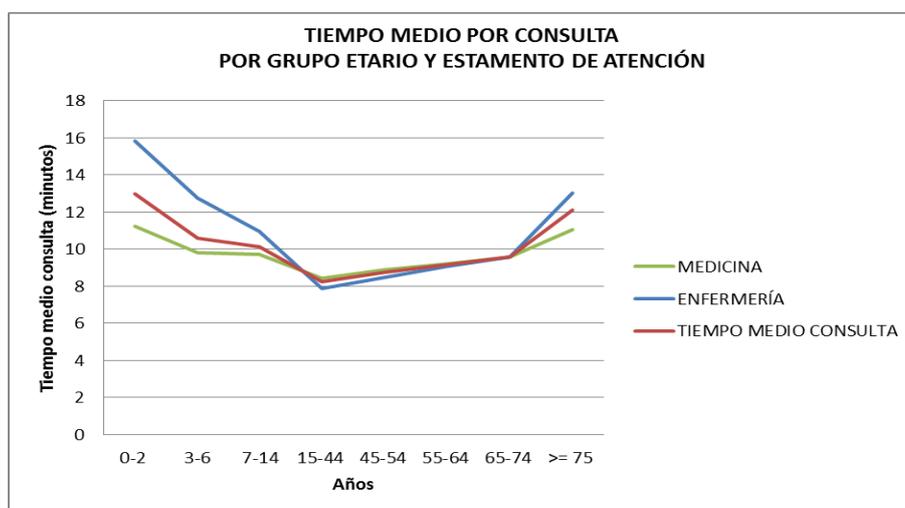


Gráfico 25: Tiempo medio de consulta de la población, por grupo etario y estamento de atención, en AP Navarra, año 2015.

En cuanto a la distribución global de la atención en medicina y enfermería, por sexos, por lo que respecta a la atención de enfermería, gráfico 26, resalta cómo, el sexo masculino tiene un mayor tiempo medio de consulta en todas las edades pediátricas y en adultos en mayores de 75 años. Son diferencias muy escasas, resaltando únicamente, con respecto al sexo femenino, el menor tiempo medio de consulta en el grupo etario de 15 a 44 años (razón de 0,89) y el mayor tiempo en mayores de 75 (razón 1,09).

Por lo que respecta a la atención de medicina, gráfico 27, no hay diferencias significativas en ninguna edad, pudiendo resaltar únicamente la mínima diferencia en personas mayores de 75 años con un mayor tiempo medio de consulta del sexo masculino frente al femenino (razón 1,03).

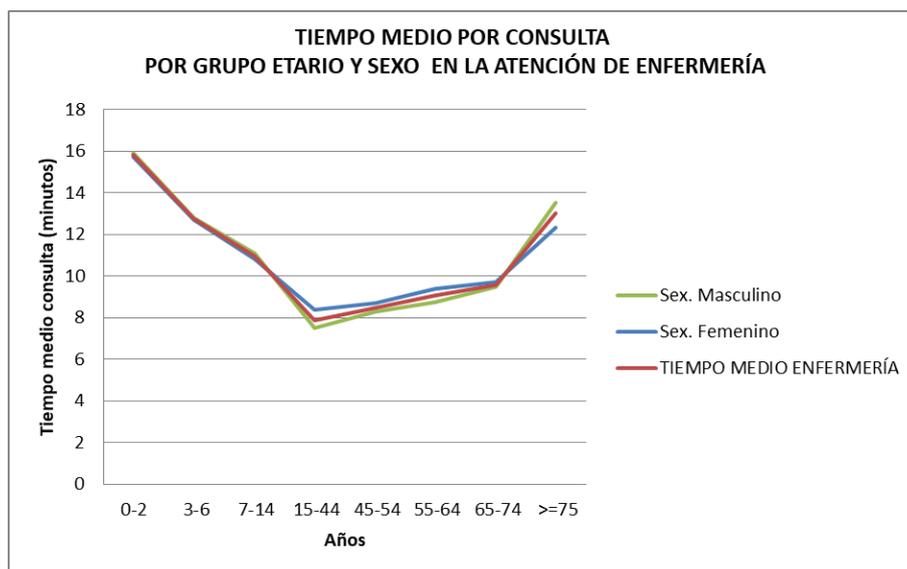


Gráfico 26: Tiempo medio de consulta de la población, por grupo etario y sexo, en consulta enfermería, en AP Navarra, año 2015.

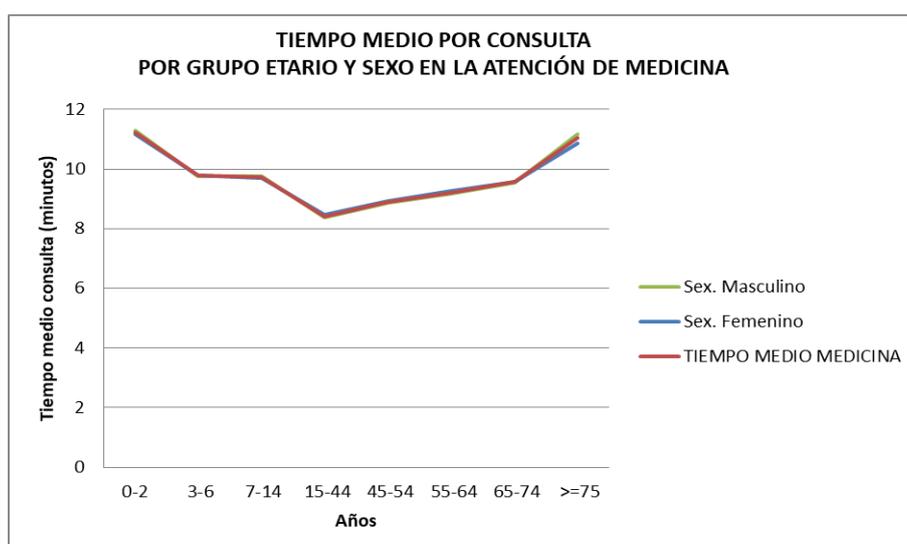


Gráfico 27: Tiempo medio de consulta de la población, por grupo etario y sexo, en consulta medicina, en AP Navarra, año 2015.

g) Comparación de nuestros resultados con otros estudios realizados en Navarra

Se realiza una comparación de los resultados, de nuestro estudio de 2015, con datos de tres estudios realizados en Navarra: un estudio previo a 2004, del que únicamente conocemos los factores de corrección, un segundo estudio realizado en 2004, del que conocemos el año y los factores de corrección y un tercer estudio, realizado por la Gerencia de Atención Primaria en 2017.

Los parámetros actuales de estandarización, se derivan del estudio del año 2004.

El estudio de 2017, realizado por la Gerencia de Atención Primaria, se trata de una estimación de la frecuentación y del tiempo asistencial que consume cada paciente, a partir del análisis de las consultas realizadas un día al azar; el 15 de marzo de 2017. Este estudio se realiza únicamente sobre la población adulta y explora modelos ajustados por edad, sexo, nivel socioeconómico y morbilidad. Analiza 7.493 consultas de enfermería, 11.205 consultas de medicina FyC y 2.310 consultas de pediatría. Para el cálculo de los tiempos de consulta, realiza en medicina y enfermería una serie de ajustes de acuerdo a citas en agenda, con cálculos del tiempo transcurrido entre la hora de un paciente y la hora del siguiente, suma de 31 minutos en último paciente para contabilizar hipotéticos retrasos y corrección de datos incoherentes, entre otros. De acuerdo a todo ello realiza una estimación de tiempos medios de medicina y enfermería por tipo de acto.

• Comparativa Frecuentación

En cuanto a frecuentación, en la tabla 5 se realiza una comparativa de los factores de corrección, observando la evolución de éstos a lo largo de los años:

COMPARATIVA FACTOR CORRECCIÓN FRECUENTACIÓN	Previo a 2004 (sin fecha)	2004	2015	2017
0-2	4,580	4,050	3,660	-
3-6	2,230	2,100	1,397	-
7-14	1,471	1,193	1,089	-
15-44	1,000	1,000	1,000	1,00
45-54	1,513	1,480	1,366	1,33
55-64	2,191	2,284	1,879	1,83
65-74	3,410	3,497	2,731	2,53
>=75	4,955	5,048	4,323	3,80

Tabla 5: Comparativa de los factores de corrección, según frecuentación, de los años: previo a 2004, 2004, 2015 y 2017 en AP Navarra.

Se observa, en la evolución, un mayor equilibrio del factor de corrección entre las edades, lo que supone una menor diferencia en el peso de la edad sobre la frecuentación, tanto para la población adulta, gráfico 28, como para la pediátrica, gráfico 29. No obstante, la edad continúa siendo un factor muy importante.

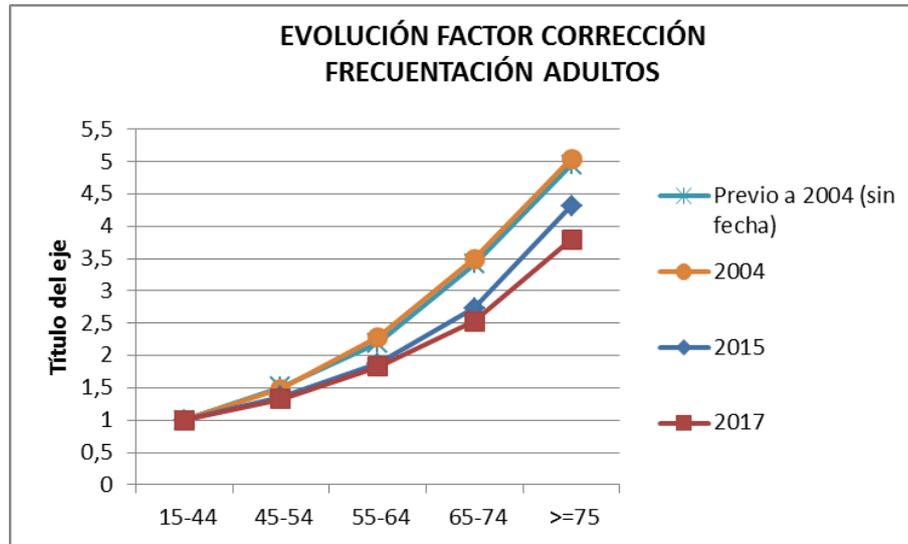


Gráfico 28: Evolución de los factores de corrección, según frecuentación de la población adulta, de los años: previo a 2004, 2004, 2015 y 2017 en AP Navarra

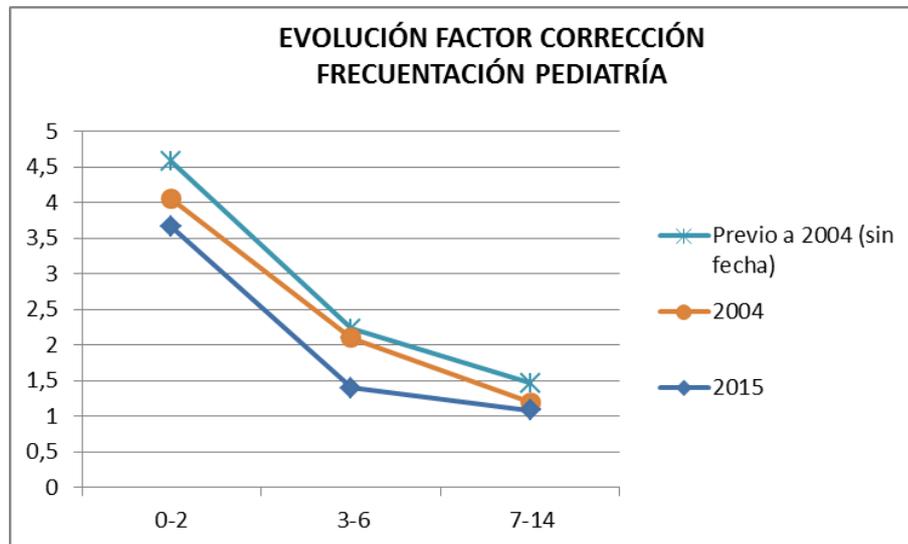


Gráfico 29: Evolución de los factores de corrección, según frecuentación de la población pediátrica, de los años: previo a 2004, 2004 y 2015 en AP Navarra

En cuanto a las diferencias en la frecuentación diferenciando los estamentos de medicina y enfermería, en la tabla 6 se realiza la comparación únicamente con el estudio del año 2017, en la población adulta, al no tener datos previos sobre esta variable.

COMPARATIVA FACTOR CORRECCIÓN FRECUENTACIÓN ESTAMENTOS	2015		2017	
	Frecuentación Enfermería	Frecuentación Medicina	Frecuentación Enfermería	Frecuentación Medicina
0-2	4,301	3,349	-	-
3-6	1,154	1,515	-	-
7-14	1,100	1,084	-	-
15-44	1,000	1,000	1,00	1,00
45-54	1,480	1,310	1,44	1,29
55-64	2,373	1,639	2,31	1,62
65-74	4,183	2,026	3,94	1,90
>=75	7,203	2,925	6,51	2,58

Tabla 6: Comparativa de los factores de corrección, según frecuentación por estamentos, de los años 2015 y 2017 en AP Navarra.

Se observa en los gráficos 30 (enfermería) y 31 (medicina) cómo hay un incremento progresivo del factor de corrección, de acuerdo la edad, en ambos estamentos, pero con una repercusión mayor en la atención de enfermería, especialmente relevante en personas mayores de 75 años. El menor factor de corrección en edades mayores, observado en la frecuentación total, repercute en ambos estamentos (razón en enfermería 2015/2017 de 1,10 y razón en medicina 2015/2017 de 1,13)

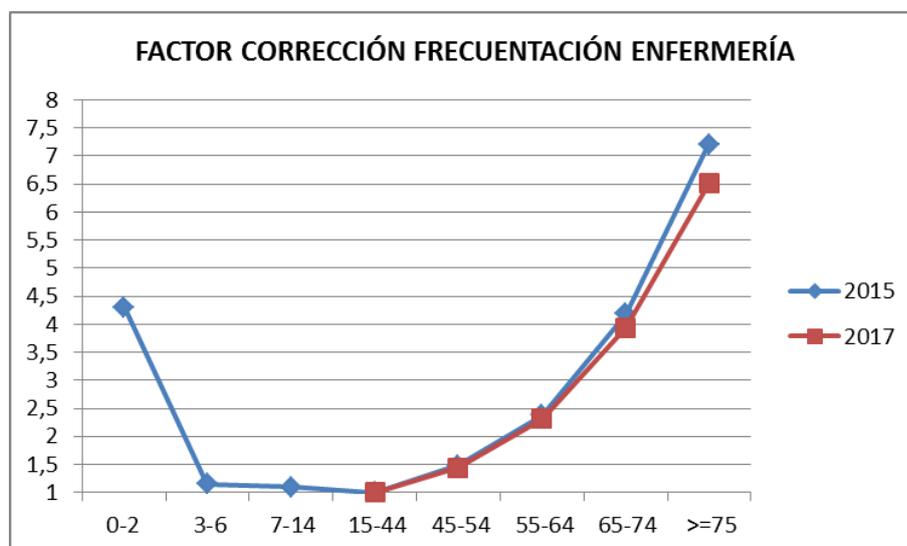


Gráfico 30: Evolución de los factores de corrección, según frecuentación de la consulta de enfermería, en los años 2015 y 2017 en AP Navarra

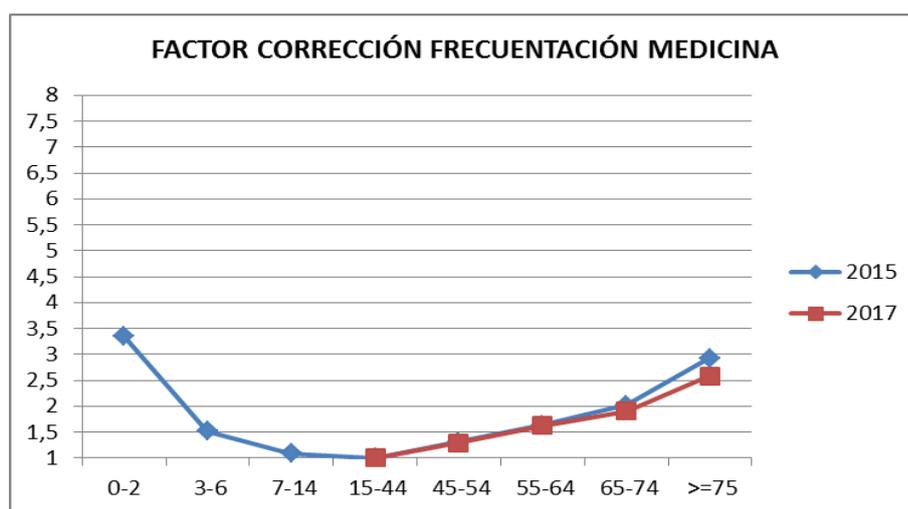


Gráfico 31: Evolución de los factores de corrección, según frecuentación de la consulta de medicina, en los años 2015 y 2017 en AP Navarra

- **Comparativa Tiempo medio anual por habitante**

En cuanto a las diferencias en la valoración del tiempo medio anual por habitante, en la tabla 7, se realiza la comparación únicamente con el estudio del año 2017, al no tener datos previos sobre esta variable.

COMPARATIVA FACTOR CORRECCIÓN TIEMPO MEDIO ANUAL ESTAMENTOS	2015		2017	
	TMA Enfermería	TMA Medicina	TMA Enfermería	TMA Medicina
0-2	8,637	4,475	-	-
3-6	1,868	1,764	-	-
7-14	1,530	1,255	-	-
15-44	1,000	1,000	1,00	1,00
45-54	1,591	1,386	1,38	1,34
55-64	2,739	1,798	2,15	1,69
65-74	5,096	2,307	3,55	1,93
>=75	11,913	3,848	6,510	2,46

Tabla 7: Comparativa de los factores de corrección, según tiempo por estamentos, de los años 2015 y 2017 en AP Navarra.

En las gráficas 32 (enfermería) y 33 (medicina) se objetivan las diferencias existentes en los tiempos medios hallados en ambos estudios, a partir de los 65 años de edad, más acusadas en personas mayores de 75 años, en enfermería, lo que exigirá un estudio minucioso sobre los parámetros utilizados para este cálculo en ambos estudios, así como su posible relación con la dispersión geográfica y la accesibilidad, tal y como parecen indicar los datos. Esa desviación del factor de corrección en enfermería en mayores de 75 años (se puede observar como en el tiempo medio la diferencia con medicina es muy inferior) se debe a que los tiempos medios de sus grupos etarios son muy diferentes, con valores extremos en 0-2 y mayores de 75 años, lo que produce esta variación.

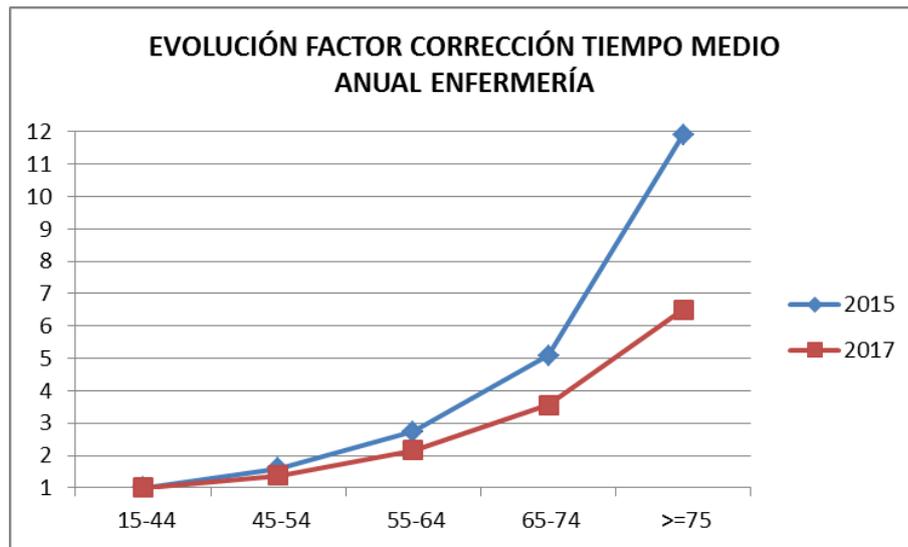


Gráfico 32: Evolución de los factores de corrección, según tiempo medio anual de la consulta de enfermería, en los años 2015 y 2017 en AP Navarra

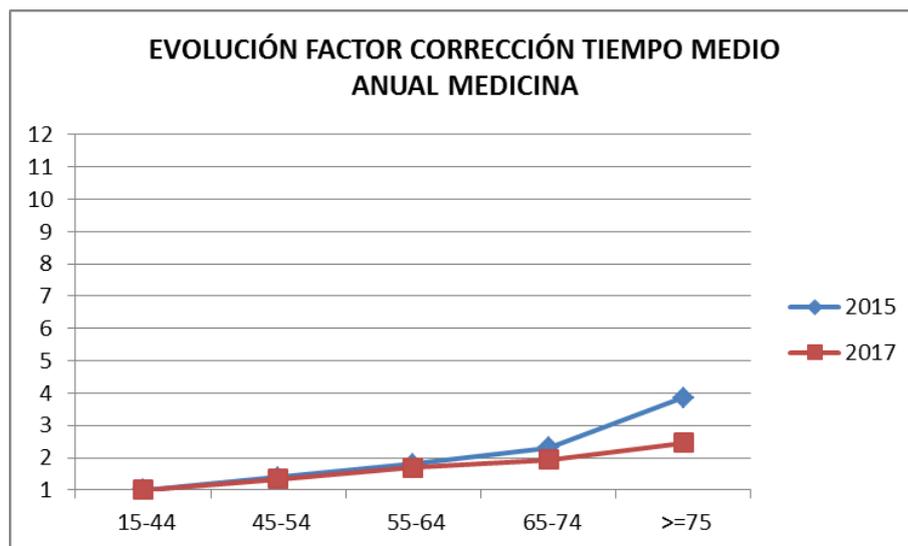


Gráfico 33: Evolución de los factores de corrección, según tiempo medio anual de la consulta de medicina, en los años 2015 y 2017 en AP Navarra

Un posible motivo de las diferencias y similitudes de los tiempos valorados para la realización de este estudio, es que ATENEA proporciona datos adecuados, pero únicamente para el cómputo de todos los actos cuya realización se produce con la visualización de la historia clínica informatizada. Asimismo permite la conclusión de que los tiempos propuestos por Plan de Mejora para este mismo tipo de actos son adecuados. Sería necesaria una profundización sobre cómo computar el resto de actos y la adecuación o no de los tiempos del Plan de Mejora a ellos.

5.2. Propuesta de estandarización de TIS en AP Navarra

De acuerdo al presente estudio, podemos identificar como variables susceptibles de ser utilizadas para la estandarización de TIS, la frecuentación y el tiempo medio anual. Asimismo, estas pueden estar valoradas en base a edad, sexo y estamento, de manera aislada o combinadas entre ellas, dado que los resultados identifican a todos los factores estudiados como factores moduladores de la utilización de los servicios de AP. Los factores de corrección para la estandarización de TIS se recogen en el Anexo VII.

Pese a la coherencia entre los distintos estudios sobre los resultados en frecuentación, no se consideran adecuadas las posibles ponderaciones de acuerdo a esta variable, dada la evidencia de que es el tiempo medio anual el que debe servir de base para las distintas estandarizaciones.

Por ello, se propone la estandarización de TIS, ponderada de acuerdo al tiempo medio anual, en base a la edad y sexo de la población y al profesional sanitario que presta la atención.

La propuesta de plantilla se hace en base a 1.500 TIS reconvertidas en la población adulta y 1.000 TIS en la población pediátrica, por lo que únicamente podría aplicarse a un medio urbano o rural con consultorios grandes. Es necesario un estudio sobre la repercusión de la dispersión geográfica en las TIS, que contemple la numerosa tipología de centros existentes en Navarra.

Otra cuestión a tener en cuenta es el efecto de la reconversión en la ponderación, al considerar la población pediátrica diferenciada de la adulta o considerar la población de forma global.

En la tabla 8 se especifican los dos tipos de plantillas que se podrían dar, en un medio urbano o rural grande, diferenciando edad pediátrica y edad adulta, y sin diferenciación:

RECONVERSIÓN Pediatria/Adulto Factores de corrección TMA	Población Reconvertida Enfermería	Población Reconvertida Medicina	RECONVERSIÓN GLOBAL según factores de corrección	Población Reconvertida Enfermería	Población Reconvertida Medicina
0-2	52.673	40.175	0-2	50.559	46.694
3-6	17.455	24.264	3-6	16.755	28.201
7-14	27.368	33.057	7-14	26.270	38.420
15-44	76.136	141.042	15-44	76.709	136.748
45-54	48.926	78.962	45-54	49.294	76.557
55-64	65.494	79.614	55-64	65.987	77.190
65-74	96.000	80.508	65-74	96.723	78.057
>=75	232.987	139.417	>=75	234.741	135.171
TOTAL	617.039	617.039	TOTAL	617.039	617.039
Plantillas	Enfermería	Medicina	Plantillas	Enfermería	Medicina
MEDICINA FyC		346,4	MEDICINA FyC		335,8
ENFERMERÍA ADULTOS	346,4		ENFERMERÍA ADULTOS	349,0	
PEDIATRÍA		97,5	PEDIATRÍA		113,3
ENF. PEDIÁTRICA	97,5		ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	93,6	

Tabla 8: Comparativa de los posibles tipos de reconversión, según tiempo por estamentos: con diferenciación y sin diferenciación de la población pediátrica y adulta.

Los resultados sobre tiempo asistencial consumido en AP, global y por estamento, tienen importantes variables que condicionan sus resultados y hacen necesarios estudios posteriores sobre los parámetros de estudio utilizados por la Gerencia de Atención Primaria y por este estudio, de forma previa a su implantación. Asimismo, son necesarios estudios sobre TIS adaptadas a zonas de dispersión geográfica y la aplicación de la reconversión sobre los factores de corrección.

En definitiva, con este estudio se ha puesto de manifiesto, la diferencia de patrones entre áreas y zonas básicas, tanto en frecuentación y tiempo medio anual por tarjeta sanitaria, como en carga asistencial por estamentos, y orienta a la necesidad de realizar un estudio sobre la influencia en las zonas básicas, además de en factores sociodemográficos, en análisis poblacionales de la cronicidad y morbilidad, haciendo especial hincapié en la dispersión geográfica y su repercusión en la accesibilidad de los pacientes.

Este trabajo, más que resolver la cuestión que planteaba, ha puesto de manifiesto las muchas áreas de estudio que tenemos pendientes de abordar para poder realmente adecuar las plantillas a las necesidades de la población.

No obstante, es necesaria una reflexión final sobre el hecho de que la variable principal haya sido la estandarización de la TIS ponderada de acuerdo la carga asistencial, lo que supone que esta carga se reconozca como la variable principal a la hora de asignar recursos sanitarios.

Un exceso de carga asistencial puede tener origen en distintos factores, como una población muy demandante, problemas organizativos, abordaje poco eficiente de los problemas de salud, etc. Por tanto, es cuestionable que la carga asistencial sea la variable por la cual haya que ajustar los datos para asignación de recursos sanitarios. Ello supondría, por ejemplo, que los profesionales con más problemas organizativos y menos eficientes se verían beneficiados de una asignación extra de recursos y, por el contrario, aquellos profesionales más eficientes y resolutivos se verían perjudicados por una asignación de recursos menor.

Quizás no se trate de pensar en asignar recursos según las cargas asistenciales, sino de plantearse si éstas son adecuadas, es decir, si se distribuyen homogéneamente según distintos cupos y áreas geográficas en Navarra. También es importante analizar si los procedimientos y protocolos de los que se derivan estas cargas tienen sentido. ¿Debe ir el paciente a medirse la tensión arterial al centro salud cada tres o seis meses? ¿Podría hacerlo desde su casa y hacer uso de las nuevas tecnologías para disminuir una frecuentación innecesaria?

Es un hecho que vivimos en una época de excesiva actividad clínica. En los últimos años se están publicando numerosos artículos sobre “sobrediagnóstico” y “sobret ratamiento” de enfermedades, lo que orienta a que la carga asistencial actual, no esté justificada en algunos casos.

Sería interesante saber si, para una misma carga de morbilidad/cronicidad, las cargas de trabajo difieren entre distintas zonas básicas de salud y en distintas áreas de salud en Navarra.

Las nuevas tecnologías accesibles a la ciudadanía, como es la carpeta ciudadana, la mejora de la capacidad resolutoria de AP, o la importante implementación de programas que van a modificar sustancialmente la atención a los grupos de edad que, como se ha visto, suponen la mayor carga asistencial en los equipos, deben suponer un cambio radical en la carga asistencial.

Lo que sí parece claro es la necesidad de entender las funciones complementarias de medicina y enfermería de forma diferenciada, sin que necesariamente se tenga que trabajar en UBAs. Esto permitirá una progresiva definición de funciones propias del estamento (no pactos entre las unidades), la adecuación de las plantillas a las cargas propias de su estamento y la libre elección de enfermería. Esto, a su vez, exigirá nuevos procedimientos de comunicación y nuevos planteamientos de los puestos unipersonales.

Asimismo, es indispensable redefinir los papeles de medicina y enfermería, fundamentalmente pediátrica. En los próximos años la jubilación masiva de profesionales de medicina familiar y comunitaria y de pediatras del SNS-O, así como la imposibilidad de sustitución ante la escasez de profesionales, va a obligar a la asunción responsabilidades y nuevas competencias por parte de los profesionales de enfermería.

Por lo que hemos visto, pese a la variedad de sistemas sanitarios, compartimos problemas y preocupaciones a nivel mundial: la sobrecarga asistencial y su repercusión en la atención, el número creciente de personas de avanzada edad con una elevada comorbilidad y cronicidad, sistemas basados en la demanda de la población, profesionales desmotivados y descontentos con sus organizaciones, escasez de profesionales de medicina, la escasa investigación sobre esta problemática, etc.

En este trabajo se demuestra que en el futuro de la AP existen importantes cuestiones sujetas a debate, cuya solución pasa por la colaboración y responsabilidad de todos los ámbitos implicados (partidos políticos, sociedades científicas, organizaciones colegiales y sindicales, profesionales y población).

Por supuesto que uno de los aspectos, fundamental sin duda, es el estudio de plantillas planteado en este trabajo. No obstante, es necesaria una profunda reflexión sobre un cambio en el modelo de AP, como eje y puerta de entrada del sistema sanitario, con profundas reformas ideológicas y estructurales que posibiliten una atención sanitaria de calidad, sostenible, eficiente, equitativa, basada en unas necesidades reales de salud y con un incremento de la responsabilidad, visibilidad y empoderamiento de enfermería.

6. Bibliografía y fuentes consultadas

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado num 102 de 29 de abril de 1986. Revisión vigente de junio de 2015.
2. Gobierno de Navarra. Departamento de salud. Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. [internet]. 2017 [citado 7 junio 2017]. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
3. Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, Salisbury C; National Institute for Health Research School for Primary Care Research. *Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14*. Lancet. 2016 Jun 4;387(10035):2323-2330. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00620-6. Epub 2016 Apr 5. Erratum in: Lancet. 2016 Jun 4;387(10035):2292.
4. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Universidad Rey Juan Carlos. Libro Blanco. Los recursos humanos en el sistema sanitario. 9 de octubre de 2013. [internet]. 2017 [citado 4 mayo 2017] Disponible en: <http://www.isfie.org/documentos/libro-blanco-rrhh-09-10-2013.pdf>
5. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de Atención Primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gaceta Sanitaria. 2003; 17(5): 412-419.
6. Brugos Larumbe A, Guillén Grima F, Mallor Giménez F, Fernández Martínez de Alegría C. *Models to explain and predict medical case-loads: their use in calculating the maximum family medicine list that allows at least ten minutes per consultation*. Aten Primaria. 2003 Jun 15;32(1):23-9.
7. Chung S, Eaton LJ, Luft HS. *Standardizing primary care physician panels: is age and sex good enough?* Am J Manag Care. 2012 Jul 1;18(7):e262-8.
8. Nathan TA, Cohen AD, Vinker S. *A new marker of primary care utilization - annual accumulated duration of time of visits*. Isr J Health Policy Res. 2017 Aug 10;6(1):35. doi: 10.1186/s13584-017-0159
9. Blanquer Gregori JJ. Criterios consensuados de adecuación de los cupos de Atención Primaria en Medicina Familiar. [internet]. 2017 [citado 9 mayo 2017] Disponible en: http://www.svmfyc.org/files/Grupos%20de%20Trabajo/Observatorio%20AP/SVMFiC_CritAdecCupos.pdf
10. Leibowitz R, Day S, Dunt D. *A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction*. Fam Pract. 2003 Jun;20(3):311-7.
11. Smolković L, Kujundžić-Tiljak M, Tiljak H. *Trends in general practitioners/family doctors workload in Croatia in period 1995-2012*. Coll Antropol. 2014 Dec;38 Suppl 2:19-24.
12. Bonfim D, Pereira MJ, Pierantoni CR, Haddad AE, Gaidzinski RR. *Tool to measure workload of health professionals in Primary Health Care: development and validation*. Rev Esc Enferm USP. 2015 Dec;49 Spec No:25-34. doi: 10.1590/S0080-62342015000800004.
13. Villaescusa Sáiz R, Puente A, Pérez R, Martín G. *Patient workloads of doctors who work in primary care teams in Catalonia*. Aten Primaria. 2011 Apr;43(4):214-5. doi: 10.1016/j.aprim.2010.03.015. Epub 2010 Jun 18.
14. Shihundla RC, Lebeso RT, Maputle MS. *Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected Primary Health Care facilities in Vhembe District, Limpopo Province*. Curationis. 2016 May 13;39(1):1545. doi: 10.4102/curationis.v39i1.1545.
15. Bonfim D, Laus AM, Leal AE, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. *Application of the Workload Indicators of Staffing Need method to predict nursing human resources at a Family Health Service* Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2683. [internet]. 2017 [citado 7 junio 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862749/pdf/0104-1169-rlae24-02683.pdf>.
16. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. Semergen. Proyecto de Mejora de la Atención Primaria de Salud. Sociedad Española de médicos de Atención Primaria. Semergen. Diciembre de 2006. [internet]. 2017 [citado 7 abril 2017]. Disponible en: http://www.semergen.es/resources/files/comunicadosOficiales/mejora_ap.pdf
17. Sanz-Sanz V. *The primary care service portfolio: significance and comparability*. Aten Primaria. 2006 Feb 15;37(2):95-100.

18. Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Miksch A. [A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey](#). BMC Fam Pract. 2011 Oct 11;12:112. doi: 10.1186/1471-2296-12-112.
19. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. [Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study](#). BMC Fam Pract. 2011 Apr 22;12:24. doi: 10.1186/1471-2296-12-24.
20. Gené Badia J, Borràs Santos A, Carles Contel Segura J, Camprubí Casellas MA, Cegri Lombardo F, Heras Tebar A, Noguera Rodríguez R, González Martínez S, Oliver Olius A, Piñeiro González M, Montanuy Baró T, Limón Ramírez E, Aranzana Martínez A, Pedret Llaberia R, Borrell Muñoz M, Hidalgo García A. [Nursing workload predictors in Catalonia \(Spain\): a home care cohort study](#). Gac Sanit. 2011 Jul-Aug;25(4):308-13. doi: 10.1016/j.gaceta.2010.12.011. Epub 2011 Apr 13.
21. Gobierno de Navarra. LEY FORAL 22/1985 DE 13 DE NOVIEMBRE, DE ZONIFICACIÓN SANITARIA DE NAVARRA. BON N.º 140 de 20 de noviembre de 1985.
22. Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Foral de Navarra de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990
23. Gobierno de Navarra. Decreto foral 244/1994 por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en Atención Primaria, de 28 de noviembre. BON 154 de 23 de diciembre de 1994.
24. Gobierno de Navarra. Decreto Foral 171/2015, de 3 de Septiembre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. BON N.º 176 de 4 de septiembre de 2015; corr. err., BON 9/11/2015
25. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Plan Foral de Salud 2014-2020. [internet]. 2017 [citado 7 junio 2017]. Disponible en: [http://www.parlamentodenavarra.es/sites/default/files/misc/II%20Plan%20de%20Salud\(1\).pdf](http://www.parlamentodenavarra.es/sites/default/files/misc/II%20Plan%20de%20Salud(1).pdf)
26. Dirección de Atención Primaria. PLAN DE MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DE NAVARRA 2010-2012. [intranet]. 2017 [citado 7 junio 2017]. Disponible en <http://intranetsns-o/C18/organizacion/Contenido/Plan%20de%20Mejora/Plan%20Mejora%20de%20Calidad%20de%20AP.pdf>
27. Gobierno de Navarra. Decreto foral 294/2004 por el que se regulan el complemento de capitación y el plus de dispersión geográfica asignados al personal sanitario de los equipos de atención primaria adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de 6 de septiembre. BON 116 de 27 de septiembre de 2004.

7. ANEXOS

Anexo I. Motores de búsqueda revisión bibliográfica.

Para la revisión de la bibliografía se ha utilizado el motor de búsqueda de Pubmed.

Para determinar la estrategia de búsqueda se ha elaborado una pregunta PICO.

- ❖ P (Población): Profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria – Primary care/Primary health / Family medicine
- ❖ I (Intervención): Nueva Estandarización de TIS / Allocation
- ❖ C (Comparación): Estandarización actual Gerencia de Atención Primaria de Navarra
- ❖ O (Resultado): Carga de trabajo adecuada – Workload / Load

Los distintos términos se han combinado con los operadores booleanos OR y AND, estableciendo la siguiente combinación final de búsqueda:

```
(((primary[Title] OR family[Title]))) AND (((workload[Title] OR load[Title] OR allocation[Title]))) AND (((care[Title] OR health[Title] OR medicin*[Title])))
```

El resultado de la aplicación de esta búsqueda en el motor de Pubmed es el siguiente:

Search	Add to builder	Query	Items found
#1	Add	Search (((primary[Title] OR family[Title]))) AND (((workload[Title] OR load[Title] OR allocation[Title]))) AND (((care[Title] OR health[Title] OR medicin*[Title])))	105

Para la selección final, se procede a una lectura del abstract de la totalidad de los artículos encontrados (105), con la finalidad de localizar aquellos con una mayor correspondencia con el tema concreto de búsqueda: estudios sobre la carga asistencial de profesionales sanitarios relacionada con factores sociodemográficos.

A partir de los artículos seleccionados, la búsqueda se ha completado utilizando la técnica de “bola de nieve”.

Anexo II. Áreas y Zonas Básicas de Navarra

Tabla 1

ÁREAS Y ZONAS BÁSICAS ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA AÑO 2015		
Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	01 - ALTSASU/ALSASUA	22 - ITURRAMA
	02 - ETXARRI-ARANATZ	23 - SAN JUAN
	03 - IRURTZUN	24 - ERMITAGAÑA
	04 - LEITZA	25a - ZIZUR
	05 - LESAKA	25b - ECHAVACOIZ
	06 - ELIZONDO	26 - BARAÑAIN I y II
	07 - DONEZTEBE/SANTESTEBAN	27 - PUENTE LA REINA
	08 - ULTZAMA	28 - NOAIN
	09 - AURITZ/BURGUETE	29 - SANGÜESA
	10 - AOIZ	30 - SALAZAR
	11 - HUARTE	31 - ISABA
	12 - VILLAVA/ATARRABIA	40 - TAFALLA
	13 - BURLADA	41 - ARTAJONA
	14 - BERRIOZAR	42 - CARCASTILLO
	15 - ORKOIEN	43 - OLITE
	16 - SAN JORGE	44 - PERALTA
	17 - ROCHAPEA	61 - AZPILAGAÑA
	18 - CHANTREA	63 - MENDILLORRI
	19 - CASCO VIEJO	64 - ANSOAIN
	20 - II ENSANCHE	66 - BUZTINTXURI
	21 - MILAGROSA	67 - SARRIGUREN
Área de Salud TUDELA	45 - TUDELA OESTE	
	46 - TUDELA ESTE	
	47 - VALTIERRA-CADREITA	
	48 - CORELLA	
	49 - CINTRUÉNIGO	
	50 - CASCANTE	
	51 - BUÑUEL	
Área de Salud ESTELLA	32 - ESTELLA	
	33 - VILLATUERTA	
	34 - ALLO	
	35 - ANCIN-AMÉSCOA	
	36 - LOS ARCOS	
	37 - VIANA	
	38 - LODOSA	
	39 - SAN ADRIAN	

Anexo III. Datos Poblacionales en Navarra a 30 de junio de 2015

Tabla 2

POBLACIÓN NAVARRA POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO (30 JUNIO 2015)		0 - 14 años Edad pediátrica		>= 15 años Edad adulta		TOTAL POR ÁREAS
Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	Pobl. Masculina	38.003	74.376 (76,62% Pediatría)	191.549	390.313 (75,13% Adultos)	464.689 (75,31% Total)
	Pobl. Femenina	36.373		198.764		
Área de Salud TUDELA	Pobl. Masculina	7.542	14.702 (15,08% Pediatría)	38.550	77.526 (14,92% Adultos)	92.228 (14,95% Total)
	Pobl. Femenina	7.160		38.976		
Área de Salud ESTELLA	Pobl. Masculina	4.395	8.418 (8,63% Pediatría)	25.953	51.704 (9,95% Adultos)	60.122 (9,74% Total)
	Pobl. Femenina	4.023		25.751		
TOTALES POR EDAD		97.496 (15,8% total)		519.543 (84,2% Total)		617.039

Tabla 3

POBLACIÓN NAVARRA (30 JUNIO 2015)	Área de Salud Navarra Norte y Este	Área de Salud Tudela	Área de Salud Estella	Total POR SEXOS
Pobl. Masculina	229.552	46.092	30.348	305.992 (49,59%)
Pobl. Femenina	235.137	46.136	29.774	311.047 (50,41%)
TOTAL	464.689	92.228	60.122	617.039

Tabla 4

POBLACIÓN NAVARRA POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO (30 JUNIO 2015)	Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE		Área de Salud TUDELA		Área de Salud ESTELLA	
	Pobl. Masculina	Pobl. Femenina	Pobl. Masculina	Pobl. Femenina	Pobl. Masculina	Pobl. Femenina
0-2 años (2,89%)	6.891	6.747	1.394	1.275	781	752
	13.638		2.669		1.533	
3-6 años (4,43%)	10.699	10.098	2.182	2.080	1.210	1.066
	20.797		4.262		2.276	
7-14 años (8,48%)	20.413	19.528	3.966	3.805	2.404	2.205
	39.941		7.771		4.609	
15-44 años (37,89%)	90.114	87.509	17.910	17.060	11.017	10.172
	177.623		34.970		21.189	
45-54 años (15,31%)	36.263	35.223	7.295	6.643	4.667	4.356
	71.486		13.938		9.023	
55-64 años (11,90%)	27.307	27.504	5.495	5.290	4.092	3.726
	54.811		10.785		7.818	
65-74 años (9,38%)	20.906	22.498	4.083	4.228	3.119	3.014
	43.404		8.311		6.133	
>=75 años (9,73%)	16.959	26.030	3.767	5.755	3.058	4.483
	42.989		9.522		7.541	
Total POR ÁREAS	464.689		92.228		60.122	
Total GLOBAL	617.039					

Anexo IV. Datos de Frecuentación en Atención Primaria de Navarra en 2015

a) DATOS FRECUENTACIÓN GENERALES

Tabla 5

CONSULTAS AREAS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA EN NAVARRA AÑO 2015 POR GRUPO ETARIO, SEXO Y ESTAMENTO						
Grupo Etario	Sexo	ESTAMENTO	Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	Área de Salud TUDELA	Área de Salud ESTELLA	TOTAL NAVARRA
0-2	M	Pediatría	75.473	16.829	10.167	102.469
	M	Enf. Pediatría	48.334	8.766	5.182	62.282
	F	Pediatría	67.929	14.583	8.664	91.176
	F	Enf. Pediatría	45.447	8.018	4.951	58.416
3-6	M	Pediatría	50.974	12.488	6.763	70.225
	M	Enf. Pediatría	19.833	4.124	2.354	26.311
	F	Pediatría	47.495	10.608	5.869	63.972
	F	Enf. Pediatría	17.665	3.862	1.795	23.322
7-14	M	Pediatría	70.535	15.690	9.132	95.357
	M	Enf. Pediatría	37.193	6.738	4.522	48.453
	F	Pediatría	65.608	14.609	8.273	88.490
	F	Enf. Pediatría	32.712	5.854	3.548	42.114
TOTAL Consultas Pediatría		Pediatría	378.014	84.807	48.868	511.689
		Masculino	196.982	45.007	26.062	268.051
		Femenino	181.032	39.800	22.806	243.638
		Enf. Pediatría	201.184	37.362	22.352	260.898
		Masculino	105.360	19.628	12.058	137.046
		Femenino	95.824	17.734	10.294	123.852
		Total pediatría	579.198	122.169	71.220	772.587
15-44	M	Medicina	232.986	49.403	31.211	313.600
	M	Enf. Adulto	116.171	23.331	14.281	153.783
	F	Medicina	327.751	73.123	43.301	444.175
	F	Enf. Adulto	162.148	31.347	20.458	213.953
45-54	M	Medicina	128.549	27.870	18.475	174.894
	M	Enf. Adulto	76.832	15.330	11.076	103.238
	F	Medicina	165.218	36.865	24.168	226.251
	F	Enf. Adulto	86.354	17.455	12.831	116.640
55-64	M	Medicina	129.748	29.646	22.265	181.659
	M	Enf. Adulto	104.230	21.951	16.461	142.642
	F	Medicina	148.372	35.283	24.766	208.421
	F	Enf. Adulto	95.032	20.829	15.550	131.411
65-74	M	Medicina	122.120	29.975	21.268	173.363
	M	Enf. Adulto	141.183	31.774	24.191	197.148
	F	Medicina	146.056	36.069	24.409	206.534
	F	Enf. Adulto	131.523	29.915	22.077	183.515
≥75	M	Medicina	152.325	39.896	31.202	223.423
	M	Enf. Adulto	199.273	46.988	38.233	284.494
	F	Medicina	234.971	64.943	46.109	346.023
	F	Enf. Adulto	274.417	66.407	55.057	395.881
TOTAL Consultas Adultos		Medicina	1.788.096	423.073	287.174	2.498.343
		H	765.728	176.790	124.421	1.066.939
		M	1.022.368	246.283	162.753	1.431.404
		Enf. Adulto	1.387.163	305.327	230.215	1.922.705
		H	637.689	139.374	104.242	881.305
		M	749.474	165.953	125.973	1.041.400
		Total adultos	3.175.259	728.400	517.389	4.421.048
CONSULTAS TOTALES			3.754.457	850.569	588.609	5.193.635

b) DATOS FRECUENTACIÓN EDAD

Tabla 6

FRECUENTACIÓN AÑO 2015	Navarra Norte y Este	Tudela	Estella	Navarra
Frecuentación Población Adulta	8,14	9,40	10,01	8,51
Frecuentación Población Pediátrica	7,79	8,31	8,46	7,92
Frecuentación Población Total	8,08	9,22	9,79	8,42

Tabla 7

FRECUENTACIÓN ANUAL POR GRUPO ETARIO Y ÁREAS DE SALUD				
Grupo Etario	Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	Área de Salud TUDELA	Área de Salud ESTELLA	NAVARRA
0-2	17,391	18,058	18,894	17,620
3-6	6,538	7,293	7,373	6,725
7-14	5,159	5,519	5,527	5,245
15-44	4,724	5,067	5,156	4,814
45-54	6,392	6,997	7,376	6,575
55-64	8,710	9,987	10,110	9,046
65-74	12,462	15,369	14,992	13,148
>=75	20,028	22,919	22,623	20,812

c) DATOS FRECUENTACIÓN SEXO

Tabla 8

FRECUENTACIÓN SEGÚN SEXOS	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino
0-2	17,966	16,804	18,361	17,726	19,653	18,105	18,172	17,049
3-6	6,618	6,453	7,613	6,957	7,535	7,189	6,851	6,591
7-14	5,277	5,035	5,655	5,378	5,680	5,361	5,369	5,114
15-44	3,875	5,598	4,061	6,124	4,129	6,268	3,926	5,736
45-54	5,664	7,142	5,922	8,177	6,332	8,494	5,767	7,418
55-64	8,568	8,850	9,390	10,607	9,464	10,820	8,790	9,305
65-74	12,595	12,338	15,123	15,606	14,575	15,423	13,182	13,115
>=75	20,732	19,569	23,065	22,824	22,706	22,567	21,355	20,456
RAZÓN (masculino/femenino) Y DIFERENCIA GRUPO ETARIO PREVIO	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.
0-2	1,07		1,04		1,09		1,07	
3-6	1,03	-0,04	1,09	0,06	1,05	-0,04	1,04	-0,03
7-14	1,05	0,02	1,05	-0,04	1,06	0,01	1,05	0,01
15-44	0,69	-0,36	0,66	-0,39	0,66	-0,40	0,68	-0,37
45-54	0,79	0,10	0,72	0,06	0,75	0,09	0,78	0,09
55-64	0,97	0,18	0,89	0,16	0,87	0,13	0,94	0,17
65-74	1,02	0,05	0,97	0,08	0,94	0,07	1,01	0,06
>=75	1,06	0,04	1,01	0,04	1,01	0,06	1,04	0,04

d) DATOS FRECUENTACIÓN ESTAMENTO

Tabla 9

FRECUENTACIÓN POR ESTAMENTOS	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Med	Enf	Med	Enf	Med	Enf	Med	Enf
0-2	10,515	6,876	11,769	6,288	12,284	6,610	10,855	6,766
3-6	4,735	1,803	5,419	1,874	5,550	1,823	4,909	1,816
7-14	3,409	1,750	3,899	1,620	3,776	1,751	3,514	1,731
15-44	3,157	1,567	3,504	1,564	3,517	1,639	3,241	1,573
45-54	4,109	2,283	4,644	2,352	4,726	2,650	4,247	2,328
55-64	5,074	3,635	6,020	3,967	6,016	4,095	5,313	3,733
65-74	6,179	6,283	7,947	7,423	7,448	7,544	6,567	6,580
>=75	9,009	11,019	11,010	11,909	10,252	12,371	9,483	11,330
RAZÓN (masculino/femenino) Y DIFERENCIA GRUPO ETARIO PREVIO	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.
0-2	1,53		1,87		1,86		1,60	
3-6	2,63	1,10	2,89	1,02	3,04	1,19	2,70	1,10
7-14	1,95	-0,68	2,41	-0,49	2,16	-0,89	2,03	-0,67
15-44	2,01	0,07	2,24	-0,17	2,14	-0,01	2,06	0,03
45-54	1,80	-0,21	1,97	-0,27	1,78	-0,36	1,82	-0,24
55-64	1,40	-0,40	1,52	-0,46	1,47	-0,31	1,42	-0,40
65-74	0,98	-0,41	1,07	-0,45	0,99	-0,48	1,00	-0,43
>=75	0,82	-0,17	0,92	-0,15	0,83	-0,16	0,84	-0,16

Tabla 10

FRECUENTACIÓN POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA SEGÚN ESTAMENTO DE ATENCIÓN			
	MEDICINA	ENFERMERÍA	FRECUENTACIÓN TOTAL
Pobl. Pediátrica	5,25 (66,23%)	2,68 (33,77%)	7,92
Pobl. Adulta	4,81 (56,51%)	3,70 (43,49%)	8,51

Tabla 11

FRECUENTACIÓN ANUAL EN NAVARRA POR GRUPO ETARIO Y ESTAMENTO DE ATENCIÓN				% FRECUENTACIÓN	
Grupo	MEDICINA	ENFERMERÍA	FRECUENTACIÓN	MEDICINA	ENFERMERÍA
Etario			TOTAL		
0-2	10,855	6,766	17,62	61,60%	38,40%
3-6	4,909	1,816	6,725	73,00%	27,00%
7-14	3,514	1,731	5,245	67,00%	33,00%
15-44	3,241	1,573	4,814	67,33%	32,67%
45-54	4,247	2,328	6,575	64,59%	35,41%
55-64	5,313	3,733	9,046	58,74%	41,26%
65-74	6,567	6,58	13,148	49,95%	50,05%
>=75	9,483	11,33	20,812	45,56%	54,44%

Tabla 12

FRECUENTACIÓN ANUAL POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA				
Grupo Etario	Sex. Masculino	Sex. Femenino	FRECUENTACIÓN ENFERMERÍA	RAZÓN
0-2	6,870	6,658	6,766	1,03
3-6	1,867	1,761	1,816	1,06
7-14	1,809	1,649	1,731	1,10
15-44	1,292	1,865	1,573	0,69
45-54	2,141	2,523	2,328	0,85
55-64	3,866	3,598	3,733	1,07
65-74	7,014	6,171	6,580	1,14
>=75	11,962	10,915	11,330	1,10

Tabla 13

FRECUENTACIÓN ANUAL POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA				
Grupo Etario	Sex. Masculino	Sex. Femenino	FRECUENTACIÓN MEDICINA	RAZÓN
0-2	11,303	10,392	10,855	1,09
3-6	4,984	4,830	4,909	1,03
7-14	3,560	3,465	3,514	1,03
15-44	2,634	3,871	3,241	0,68
45-54	3,627	4,895	4,247	0,74
55-64	4,924	5,707	5,313	0,86
65-74	6,168	6,945	6,567	0,89
>=75	9,394	9,541	9,483	0,98

Anexo V. Datos de Tiempos medios de atención anuales en Atención Primaria de Navarra en 2015

a) DATOS TIEMPOS MEDIOS DE ATENCIÓN ANUALES GENERALES

Tabla 14

TIEMPOS TOTALES ASISTENCIALES (minutos) EN ÁREAS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA AÑO 2015 POR GRUPO ETARIO, SEXO Y ESTAMENTO						
Grupo Etario	Sexo	ESTAMENTO	Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	Área de Salud TUDELA	Área de Salud ESTELLA	TOTAL NAVARRA
0-2	M	Pediatría	865.628	174.024	106.195	1.145.847
	M	Enf. Pediatría	764.406	133.296	82.508	980.210
	F	Pediatría	781.637	154.054	93.226	1.028.917
	F	Enf. Pediatría	724.649	123.996	80.421	929.066
3-6	M	Pediatría	511.432	114.571	62.433	688.436
	M	Enf. Pediatría	252.980	50.305	30.416	333.701
	F	Pediatría	472.950	98.919	53.155	625.024
	F	Enf. Pediatría	228.771	46.151	24.081	299.003
7-14	M	Pediatría	698.323	145.653	82.131	926.107
	M	Enf. Pediatría	399.447	75.098	50.524	525.069
	F	Pediatría	651.732	135.902	75.687	863.321
	F	Enf. Pediatría	363.908	63.016	40.053	466.977
Tiempos Pediatría		Pediatría	3.981.702	823.123	472.827	5.277.652
		Masculino	2.075.383	434.248	250.759	2.760.390
		Femenino	1.906.319	388.875	222.068	2.517.262
		Enf. Pediatría	2.734.161	491.862	308.003	3.534.026
		Masculino	1.416.833	258.699	163.448	1.838.980
		Femenino	1.317.328	233.163	144.555	1.695.046
		Total pediatría	6.715.863	1.314.985	780.830	8.811.678
15-44	M	Medicina	1.989.627	402.279	259.919	2.651.825
	M	Enf. Adulto	974.634	202.613	113.989	1.291.236
	F	Medicina	2.774.816	587.851	354.515	3.717.182
	F	Enf. Adulto	1.210.271	248.441	146.814	1.605.526
45-54	M	Medicina	1.164.586	233.081	161.602	1.559.269
	M	Enf. Adulto	665.973	137.382	93.776	897.131
	F	Medicina	1.487.995	307.328	211.055	2.006.378
	F	Enf. Adulto	711.156	150.770	102.432	964.358
55-64	M	Medicina	1.229.835	250.178	201.723	1.681.736
	M	Enf. Adulto	981.468	209.513	148.367	1.339.348
	F	Medicina	1.394.631	297.333	221.425	1.913.389
	F	Enf. Adulto	831.675	187.930	132.920	1.152.525
65-74	M	Medicina	1.201.830	261.138	198.866	1.661.834
	M	Enf. Adulto	1.379.600	314.853	219.722	1.914.175
	F	Medicina	1.435.157	313.029	225.468	1.973.654
	F	Enf. Adulto	1.231.510	295.135	211.731	1.738.376
>=75	M	Medicina	1.680.183	395.676	350.875	2.426.734
	M	Enf. Adulto	2.427.224	604.971	481.520	3.513.715
	F	Medicina	2.673.456	666.067	529.338	3.868.861
	F	Enf. Adulto	3.619.444	957.631	773.747	5.350.822
Tiempos Adultos		Medicina	17.032.116	3.713.960	2.714.786	23.460.862
		Masculino	7.266.061	1.542.352	1.172.985	9.981.398
		Femenino	9.766.055	2.171.608	1.541.801	13.479.464
		Enf. Adulto	14.032.955	3.309.239	2.425.018	19.767.212
		Masculino	6.428.899	1.469.332	1.057.374	8.955.605
		Femenino	7.604.056	1.839.907	1.367.644	10.811.607
	Total adultos	31.065.071	7.023.199	5.139.804	43.228.074	
Tiempos totales			37.780.934	8.338.184	5.920.634	52.039.752

Tabla 15

TIPOS DE TIEMPOS DE ATENCIÓN VALORADOS	Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	Área de Salud TUDELA	Área de Salud ESTELLA	TOTAL NAVARRA
"TIEMPO REAL ATENEA"	23.522.470	4.892.399	3.075.722	31.490.591
"TIEMPO REAL CORREGIDO"	23.854.927	4.917.823	3.141.252	31.914.002
"TIEMPO PROPUESTOS PLAN MEJORA"	36.948.621	8.596.826	6.081.899	51.627.346
"TIEMPO MEDIO (REAL CORREGIDO+PROPUESTA MEJORA)	37.780.934	8.338.184	5.920.634	52.039.752

b) DATOS TIEMPOS MEDIOS DE ATENCIÓN ANUALES EDAD

Tabla 16

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR HABITANTE AÑO 2015	Navarra Norte y Este	Tudela	Estella	Navarra
Tiempo Medio Población Adulta	79,59	90,59	99,41	83,20
Tiempo Medio Población Pediátrica	90,30	89,44	92,76	90,38
Tiempo Medio Población Total	81,30	90,41	98,48	84,34

Tabla 17

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR PERSONA (minutos) POR GRUPO ETARIO Y ÁREAS DE SALUD				
Grupo Etario	Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	Área de Salud TUDELA	Área de Salud ESTELLA	NAVARRA
0-2	229,969	219,322	236,367	228,926
3-6	70,497	72,723	74,730	71,197
7-14	52,913	54,005	53,893	53,162
15-44	39,124	41,212	41,306	39,634
45-54	56,371	59,446	63,046	57,462
55-64	80,962	87,617	90,104	82,913
65-74	120,913	142,480	139,538	125,986
>=75	241,929	275,609	283,183	252,450

c) DATOS TIEMPOS MEDIOS DE ATENCIÓN ANUALES SEXO. Tabla X.

Tabla 18

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL SEGÚN SEXOS	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino
0-2	236,545	223,253	220,459	218,078	241,617	230,914	234,509	223,157
3-6	71,447	69,491	75,562	69,745	76,735	72,454	72,538	69,769
7-14	53,778	52,009	55,661	52,278	55,181	52,490	54,183	52,091
15-44	32,895	45,539	33,774	49,021	33,939	49,285	33,124	46,389
45-54	50,480	62,435	50,783	68,960	54,720	71,967	50,936	64,271
55-64	80,979	80,945	83,656	91,732	85,555	95,101	81,886	83,952
65-74	123,478	118,529	141,071	143,842	134,206	145,056	127,224	124,816
>=75	242,196	241,756	265,635	282,137	272,202	290,673	249,767	254,210
RAZÓN (masculino/femenino) Y DIFERENCIA GRUPO ETARIO PREVIO	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.	RAZÓN	Dif.
0-2	1,06		1,01		1,05		1,05	
3-6	1,03	-0,03	1,08	0,07	1,06	0,01	1,04	-0,01
7-14	1,03	0,01	1,06	-0,02	1,05	-0,01	1,04	0,00
15-44	0,72	-0,31	0,69	-0,38	0,69	-0,36	0,71	-0,33
45-54	0,81	0,09	0,74	0,05	0,76	0,07	0,79	0,08
55-64	1,00	0,19	0,91	0,18	0,90	0,14	0,98	0,18
65-74	1,04	0,04	0,98	0,07	0,93	0,03	1,02	0,04
>=75	1,00	-0,04	0,94	-0,04	0,94	0,01	0,98	-0,04

d) DATOS TIEMPOS MEDIOS DE ATENCIÓN ANUALES ESTAMENTO

Tabla 19

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR ESTAMENTOS	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Med	Enf	Med	Enf	Med	Enf	Med	Enf
0-2	120,785	109,184	122,922	96,400	130,085	106,281	121,904	107,022
3-6	47,333	23,164	50,092	22,632	50,786	23,944	48,050	23,146
7-14	33,801	19,112	36,232	17,773	34,241	19,652	34,201	18,961
15-44	26,823	12,301	28,314	12,898	28,998	12,308	27,243	12,391
45-54	37,106	19,264	38,772	20,674	41,301	21,745	37,753	19,709
55-64	47,882	33,080	50,766	36,851	54,125	35,979	48,971	33,943
65-74	60,754	60,158	69,085	73,395	69,189	70,349	62,846	63,140
>=75	101,273	140,656	111,504	164,104	116,724	166,459	104,836	147,614
RAZÓN (medicina/enfermería) Y DIFERENCIA GRUPO ETARIO PREVIO	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Razón	Dif	Razón	Dif	Razón	Dif	Razón	Dif
0-2	1,11		1,28		1,22		1,14	
3-6	2,04	0,94	2,21	0,94	2,12	0,90	2,08	0,94
7-14	1,77	-0,27	2,04	-0,17	1,74	-0,38	1,80	-0,27
15-44	2,18	0,41	2,20	0,16	2,36	0,61	2,20	0,39
45-54	1,93	-0,25	1,88	-0,32	1,90	-0,46	1,92	-0,28
55-64	1,45	-0,48	1,38	-0,50	1,50	-0,39	1,44	-0,47
65-74	1,01	-0,44	0,94	-0,44	0,98	-0,52	1,00	-0,45
>=75	0,72	-0,29	0,68	-0,26	0,70	-0,28	0,71	-0,29

Tabla 20

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR PERSONA (minutos) EN POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA POR ESTAMENTOS DE ATENCIÓN			
	MEDICINA	ENFERMERÍA	TIEMPO MEDIO ATENCIÓN ANUAL
Pobl. Pediátrica	54,13 (59,89%)	36,25 (40,11%)	90,38
Pobl. Adulta	45,16 (54,27%)	38,05 (45,73%)	83,20

Tabla 21

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR PERSONA (minutos) POR GRUPO ETARIO Y ESTAMENTO DE ATENCIÓN				% TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR PERSONA (minutos) POR ESTAMENTOS DE ATENCIÓN		
Grupo	MEDICINA	ENFERMERÍA	TIEMPO MEDIO	Grupo	MEDICINA	ENFERMERÍA
Etario			PERSONA			
0-2	121,904	107,022	228,926	0-2	53,25%	46,75%
03-jun	48,05	23,146	71,197	03-jun	67,49%	32,51%
jul-14	34,201	18,961	53,162	jul-14	64,33%	35,67%
15-44	27,243	12,391	39,634	15-44	68,74%	31,26%
45-54	37,753	19,709	57,462	45-54	65,70%	34,30%
55-64	48,971	33,943	82,913	55-64	59,06%	40,94%
65-74	62,846	63,14	125,986	65-74	49,88%	50,12%
>=75	104,836	147,614	252,45	>=75	41,53%	58,47%

Tabla 22

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR PERSONA (minutos) POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA				
Grupo Etario	Sex. Masculino	Sex. Femenino	TIEMPO MEDIO ENFERMERÍA	RAZÓN
0-2	108,119	105,889	107,022	1,02
3-6	23,682	22,576	23,146	1,05
7-14	19,605	18,286	18,961	1,07
15-44	10,847	13,993	12,391	0,78
45-54	18,603	20,864	19,709	0,89
55-64	36,303	31,559	33,943	1,15
65-74	68,101	58,452	63,140	1,17
>=75	147,734	147,536	147,614	1,00

Tabla 23

TIEMPO MEDIO DE ATENCIÓN ANUAL POR PERSONA (minutos) POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA				
Grupo Etario	Sex. Masculino	Sex. Femenino	TIEMPO MEDIO MEDICINA	RAZÓN
0-2	126,389	117,269	121,904	1,08
3-6	48,856	47,193	48,050	1,04
7-14	34,578	33,805	34,201	1,02
15-44	22,277	32,396	27,243	0,69
45-54	32,333	43,407	37,753	0,74
55-64	45,583	52,393	48,971	0,87
65-74	59,123	66,364	62,846	0,89
>=75	102,032	106,674	104,836	0,96

Anexo VI. Datos de Tiempos medios de consulta anuales en Atención Primaria de Navarra en 2015

a) DATOS TIEMPOS MEDIOS DE CONSULTA EDAD

Tabla 24

TIEMPO MEDIO CONSULTA AÑO 2015	Navarra Norte y Este	Tudela	Estella	Navarra
Tiempo Medio Consulta Población Adulta	9,78	9,64	9,93	9,78
Tiempo Medio Consulta Población Pediátrica	11,60	10,76	10,96	11,41
Tiempo Medio Población Total	10,06	9,80	10,06	10,02

Tabla 25

TIEMPO MEDIO CONSULTA (minutos) POR GRUPO ETARIO Y ÁREAS DE SALUD				
Grupo Etario	Área de Salud NAVARRA NORTE Y ESTE	Área de Salud TUDELA	Área de Salud ESTELLA	NAVARRA
0-2	13,223	12,146	12,510	12,992
3-6	10,783	9,972	10,136	10,587
7-14	10,257	9,785	9,751	10,136
15-44	8,282	8,133	8,011	8,232
45-54	8,819	8,496	8,548	8,739
55-64	9,296	8,773	8,912	9,165
65-74	9,703	9,271	9,308	9,582
>=75	12,080	12,025	12,517	12,130

b) DATOS TIEMPOS MEDIOS DE CONSULTA SEXO

Tabla 26

TIEMPO MEDIO CONSULTA SEGÚN SEXOS	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino	Sex. Masculino	Sex. Femenino
0-2	13,166	13,286	12,007	12,303	12,294	12,754	12,905	13,089
3-6	10,796	10,769	9,925	10,026	10,184	10,078	10,588	10,585
7-14	10,190	10,330	9,843	9,721	9,715	9,791	10,091	10,186
15-44	8,490	8,135	8,316	8,005	8,219	7,863	8,436	8,088
45-54	8,913	8,742	8,576	8,433	8,642	8,473	8,832	8,664
55-64	9,451	9,147	8,909	8,648	9,040	8,789	9,316	9,022
65-74	9,804	9,607	9,328	9,217	9,208	9,405	9,652	9,517
>=75	11,682	12,354	11,517	12,362	11,988	12,881	11,696	12,427
RAZÓN (medicina/enfermería) Y DIFERENCIA GRUPO ETARIO PREVIO	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Razón	Dif	Razón	Dif	Razón	Dif	Razón	Dif
0-2	0,99		0,98		0,96		0,99	
3-6	1,00	0,01	0,99	0,01	1,01	0,05	1,00	0,01
7-14	0,99	-0,02	1,01	0,02	0,99	-0,02	0,99	-0,01
15-44	1,04	0,06	1,04	0,03	1,05	0,05	1,04	0,05
45-54	1,02	-0,02	1,02	-0,02	1,02	-0,03	1,02	-0,02
55-64	1,03	0,01	1,03	0,01	1,03	0,01	1,03	0,01
65-74	1,02	-0,01	1,01	-0,02	0,98	-0,05	1,01	-0,02
>=75	0,95	-0,07	0,93	-0,08	0,93	-0,05	0,94	-0,07

c) DATOS TIEMPOS MEDIOS DE CONSULTA ESTAMENTO

Tabla 27

TIEMPO MEDIO CONSULTA POR ESTAMENTOS	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Med.	Enf.	Med.	Enf.	Med.	Enf.	Med.	Enf.
0-2	11,487	15,878	10,444	15,330	10,590	16,079	11,231	15,819
3-6	9,997	12,847	9,244	12,078	9,150	13,135	9,788	12,748
7-14	9,916	10,920	9,293	10,968	9,067	11,224	9,733	10,954
15-44	8,497	7,850	8,081	8,249	8,246	7,507	8,405	7,877
45-54	9,030	8,439	8,348	8,789	8,739	8,207	8,889	8,466
55-64	9,436	9,099	8,432	9,290	8,997	8,787	9,216	9,093
65-74	9,833	9,575	8,694	9,888	9,290	9,325	9,570	9,595
>=75	11,241	12,765	10,127	13,780	11,385	13,456	11,056	13,029
RAZÓN (medicina/enfermería) Y DIFERENCIA GRUPO ETARIO PREVIO	Navarra Norte y Este		Tudela		Estella		Navarra	
	Razón	Dif	Razón	Dif	Razón	Dif	Razón	Dif
0-2	0,72		0,68		0,66		0,71	
3-6	0,78	0,05	0,77	0,08	0,70	0,04	0,77	0,06
7-14	0,91	0,13	0,85	0,08	0,81	0,11	0,89	0,12
15-44	1,08	0,17	0,98	0,13	1,10	0,29	1,07	0,18
45-54	1,07	-0,01	0,95	-0,03	1,06	-0,03	1,05	-0,02
55-64	1,04	-0,03	0,91	-0,04	1,02	-0,04	1,01	-0,04
65-74	1,03	-0,01	0,88	-0,03	1,00	-0,03	1,00	-0,02
>=75	0,88	-0,15	0,73	-0,14	0,85	-0,15	0,85	-0,15

Tabla 28

TIEMPO MEDIO CONSULTA EN POBLACIÓN ADULTA Y PEDIÁTRICA POR ESTAMENTOS DE ATENCIÓN			
	MEDICINA	ENFERMERÍA	TIEMPO MEDIO CONSULTA
Pobl. Pediátrica	10,31	13,55	11,41
	Razón: 0,76		
Pobl. Adulta	9,39	10,28	9,78
	Razón: 0,91		

Tabla 29

TIEMPO MEDIO CONSULTA (minutos) POR GRUPO ETARIO Y ESTAMENTO DE ATENCIÓN				
Grupo Etario	MEDICINA	ENFERMERÍA	TIEMPO MEDIO CONSULTA	RAZÓN
0-2	11,231	15,819	12,992	0,71
3-6	9,788	12,748	10,587	0,77
7-14	9,733	10,954	10,136	0,89
15-44	8,405	7,877	8,232	1,07
45-54	8,889	8,466	8,739	1,05
55-64	9,216	9,093	9,165	1,01
65-74	9,570	9,595	9,582	1,00
>=75	11,056	13,029	12,130	0,85

Tabla 30

TIEMPO MEDIO CONSULTA (minutos)				
POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA				
Grupo Etario	Sex. Masculino	Sex. Femenino	TIEMPO MEDIO ENFERMERÍA	RAZÓN
0-2	15,904	15,738	15,819	1,01
3-6	12,821	12,683	12,748	1,01
7-14	11,088	10,837	10,954	1,02
15-44	7,504	8,396	7,877	0,89
45-54	8,268	8,690	8,466	0,95
55-64	8,770	9,390	9,093	0,93
65-74	9,473	9,709	9,595	0,98
>=75	13,516	12,351	13,029	1,09

Tabla 31

TIEMPO MEDIO CONSULTA (minutos)				
POR GRUPO ETARIO Y SEXO EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA				
Grupo Etario	Sex. Masculino	Sex. Femenino	TIEMPO MEDIO MEDICINA	RAZÓN
0-2	11,285	11,182	11,231	1,01
3-6	9,770	9,803	9,788	1,00
7-14	9,756	9,712	9,733	1,00
15-44	8,369	8,456	8,405	0,99
45-54	8,868	8,916	8,889	0,99
55-64	9,180	9,258	9,216	0,99
65-74	9,556	9,586	9,570	1,00
>=75	11,181	10,862	11,056	1,03

Anexo VII. Posibles ponderaciones

a) FACTORES DE CORRECCIÓN BASADOS EN FRECUENTACIÓN

Tabla 32

COMPARATIVA FACTOR CORRECCIÓN FRECUENTACIÓN	FRECUENTACIÓN		FRECUENTACIÓN Sex. Femenino		FRECUENTACIÓN Sex. Masculino		FRECUENTACIÓN Enfermería		FRECUENTACIÓN Medicina	
	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso
0-2	17,62	3,66	17,05	3,33	18,17	4,63	6,77	4,30	10,85	3,35
3-6	6,73	1,40	6,59	1,29	6,85	1,74	1,82	1,15	4,91	1,51
7-14	5,24	1,09	5,11	1,00	5,37	1,37	1,73	1,10	3,51	1,08
15-44	4,81	1,00	5,74	1,12	3,93	1,00	1,57	1,00	3,24	1,00
45-54	6,58	1,37	7,42	1,45	5,77	1,47	2,33	1,48	4,25	1,31
55-64	9,05	1,88	9,31	1,82	8,79	2,24	3,73	2,37	5,31	1,64
65-74	13,15	2,73	13,12	2,56	13,18	3,36	6,58	4,18	6,57	2,03
>=75	20,81	4,32	20,46	4,00	21,36	5,44	11,33	7,20	9,48	2,93

Tabla 33

COMPARATIVA FACTOR CORRECCIÓN FRECUENTACIÓN	Frecuentación Enfermería Sex. Femenino		Frecuentación Medicina Sex. Femenino		Frecuentación Enfermería Sex. Masculino		Frecuentación Medicina Sex. Masculino	
	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso
0-2	6,66	4,04	10,39	3,00	6,87	5,32	11,30	4,29
3-6	1,76	1,07	4,83	1,39	1,87	1,45	4,98	1,89
7-14	1,65	1,00	3,47	1,00	1,81	1,40	3,56	1,35
15-44	1,86	1,13	3,87	1,12	1,29	1,00	2,63	1,00
45-54	2,52	1,53	4,89	1,41	2,14	1,66	3,63	1,38
55-64	3,60	2,18	5,71	1,65	3,87	2,99	4,92	1,87
65-74	6,17	3,74	6,94	2,00	7,01	5,43	6,17	2,34
>=75	10,92	6,62	9,54	2,75	11,96	9,26	9,39	3,57

b) FACTORES DE CORRECCIÓN BASADOS EN TIEMPO MEDIO ANUAL

Tabla 34

COMPARATIVA FACTOR CORRECCIÓN TIEMPO MEDIO ANUAL	TIEMPO MEDIO ANUAL	TIEMPO MEDIO ANUAL Sex. Femenino		TIEMPO MEDIO ANUAL Sex. Masculino		TIEMPO MEDIO ANUAL Enfermería		TIEMPO MEDIO ANUAL Medicina		
		Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso	
0-2	228,93	5,78	223,16	4,81	234,51	7,08	107,02	8,64	121,90	4,47
3-6	71,20	1,80	69,77	1,50	72,54	2,19	23,15	1,87	48,05	1,76
7-14	53,16	1,34	52,09	1,12	54,18	1,64	18,96	1,53	34,20	1,26
15-44	39,63	1,00	46,39	1,00	33,12	1,00	12,39	1,00	27,24	1,00
45-54	57,46	1,45	64,27	1,39	50,94	1,54	19,71	1,59	37,75	1,39
55-64	82,91	2,09	83,95	1,81	81,89	2,47	33,94	2,74	48,97	1,80
65-74	125,99	3,18	124,82	2,69	127,22	3,84	63,14	5,10	62,85	2,31
>=75	252,45	6,37	254,21	5,48	249,77	7,54	147,61	11,91	104,84	3,85

Tabla 35

COMPARATIVA FACTOR CORRECCIÓN TIEMPO MEDIO ANUAL	TMA Enfermería Sex. Femenino		TMA Medicina Sex. Femenino		TMA Enfermería Sex. Masculino		TMA Medicina Sex. Masculino	
	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso	Media	Peso
0-2	105,89	7,57	117,27	3,62	108,12	9,97	126,39	5,67
3-6	22,58	1,61	47,19	1,46	23,68	2,18	48,86	2,19
7-14	18,29	1,31	33,81	1,04	19,60	1,81	34,58	1,55
15-44	13,99	1,00	32,40	1,00	10,85	1,00	22,28	1,00
45-54	20,86	1,49	43,41	1,34	18,60	1,72	32,33	1,45
55-64	31,56	2,26	52,39	1,62	36,30	3,35	45,58	2,05
65-74	58,45	4,18	66,36	2,05	68,10	6,28	59,12	2,65
>=75	147,54	10,54	106,67	3,29	147,73	13,62	102,03	4,58