
Anàlisi de l'accessibilitat a l'Atenció Primària en pandèmia COVID-19.

Modalitat **RECERCA**

Treball Final de Màster
Màster Universitari en Salut Digital

Autor/a: Esther Díaz Salcedo
Tutor/a del TFM: Josep Vidal-Alaball

Març-Juliol 2022



Aquesta obra està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-
SenseObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca>)

Llicències alternatives (triar alguna de les següents, substituir la de la pàgina anterior, i eliminar després aquesta pàgina)



Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca>



Reconeixement-NoComercial-Compartir

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/deed.ca>



Reconeixement-NoComercial

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/es/deed.ca>



Reconeixement-SenseObraDerivada

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/es/deed.ca>



Reconeixement-CompartirIgual

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/es/deed.ca>



Reconeixement

<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/es/deed.ca>



Copyright Reservats tots els drets. Està prohibit la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

Índex

Resum	4
Abstract	5
1. 66	
2. 1111	
3. 1313	
4. 1718	
5. 2323	
6. 2727	
7. Les bases d'un nou projecte	28
8. Annex 1	29
9. iError! Marcador no definido. 32	

Resum

Objectiu: Analitzar les diferències en accessibilitat dels pacients >15a a concertar visita telefònica, telemàtica o presencial amb el seu Metge de Família en una Àrea Bàsica de Salut rural en època COVID19.

Mètodes: Estudi descriptiu retrospectiu observacional de tall transversal 2021-2022, de 307 consultes (e-consultes, telefòniques, presencials) generades pels pacients. S'han recollit les següent variables: tipus i motiu de consulta, edat, sexe, número de patologies del pacient, dia de generació, programació i resolució de la consulta, requeriment de cita presencial posterior, si l'e-consulta ha sigut generada per una 3a persona.

Resultats: 171 consultes fetes per dones (55.8%, edat mitja de 50.78), i 135 (44.11%) per homes (edat mitja de 54.9). El tipus de consulta més freqüent: telefònica (169, 55.4%), segona la presencial (81, 26.38%) i tercera l'e-consulta (57, 18.56%). El principal motiu de consulta va ser el de salut en tots els tipus de consulta. S'han trobat diferències estadísticament significatives en: edat mitja segons tipus de consulta (e-consulta 44.02, telefònica 52.83, presencial 58.01, $p < 0.001$), el número mig de patologies (e-consulta 0.32, telefònica 0.88, presencial 1.22, $p < 0.001$), dies de demora en programar-se (e-consulta 2.84, telefònica 5.86, presencial 5.98, $p 0.005$) i dies de resolució (e-consulta -0.05, telefònica 0, presencial 0, $p 0.001$). La consulta telefònica ha requerit en més ocasions que l'e-consulta d'una visita presencial (43.19% i 15.78% respectivament).

Conclusions: La consulta telefònica ha sigut la més utilitzada pels pacients. Els pacients de més edat i més patologies tenen pitjor accessibilitat al seu Metge de Família.

Paraules clau

Atenció Primària

Teleconsultes

Accessibilitat

Escletxa digital

Catalunya

Abstract

Aim: To analyse the differences in accessibility of patients >15 years to arrange a telephone, telematic or face-to-face visit with their Family Doctor in a Rural Primary Care Health Center during COVID-19.

Methods: Cross-sectional observational retrospective descriptive study 2021-2022, of 307 consultations (e-consultations, telephone, face-to-face) generated by patients. The following variables have been collected: type and reason for consultation, age, sex, number of pathologies of the patient, day of generation, programming and resolution of the consultation, , request for subsequent face-to-face appointment, if the e-consultation has been generated by a 3rd person.

Results: 171 enquiries made by women (55.8%, average age 50.78), and 135 (44.11%) for men (average age 54.9). Telephone consultation was the most frequent type (169, 55.4%), the face-to-face visits the second one (81, 26.38%) and the e-consultation was in third place (57, 18.56%). The main reason for consultation was health reason in all types of consultation. We have found statistically significant differences in: average age according to type of query (e-consultation 44.02, telephone 52.83, face-to-face 58.01, $p < 0.001$), the average number of pathologies (e-consultation 0.32, telephone 0.88, face-to-face 1.22, $p < 0.001$), days of delay when scheduled (e-consultation 2.84, telephone 5.86, face-to-face 5.98, $p 0.005$) and days of resolution (e-consultation -0.05, telephone 0, face-to-face 0. $p 0.001$). The telephone consultation has required more of a face-to-face visit than the e-consultation (43.19% and 15.78% respectively).

Conclusions: The telephone consultation has been the most used by patients. Older patients with more pathologies have worse accessibility to their Family Doctor.

Key words

Primary care

Remote consultation

Accessibility

Digital divide

Catalonia

1. Introducció

L'accessibilitat a l'Atenció Primària (AP) a Catalunya, entesa com la possibilitat del pacient a tenir una visita presencial amb el seu metge en < 48h, ha sigut històricament un *handicap* a la gran majoria d'Àrees Bàsiques de Salut (ABS), i factor d'estudi a les enquestes de satisfacció del PLAENSA, sent justament el dies d'espera per ser visitat i el temps de demora per contactar telefònicament amb el centre sanitari, els ítems amb resultats més negatius al 2018¹.

RESULTATS GLOBAIS CATALUNYA (II)		
Pregunta resumida	2015	2018
P10 S'entenen les explicacions	96,5%	96,4%
P5 Neteja del CAP	96,0%	96,0%
P12 Tracte personal metge	95,4%	94,9%
P14 Tracte personal infermeria	95,1%	94,2%
P9 El metge li dona la informació que necessita?	93,8%	93,9 %
P16 Informació coherent	94,3%	93,4%
P11 Estàs en bones mans? (metge)	93,4%	92,6%
P15 Estàs en bones mans (infermera)	-	92,4%
P13 La infermera l'escolta i es fa càrrec	93,0%	92,2%
P8 Pot donar la seva opinió	91,8 %	91,2%
P7 El metge l'escolta i es fa càrrec	91,9%	91,0%
P4 El soroll habitual	91,5%	90,7%
P17 El metge de capçalera té informació del que li han fet	90,8%	90,6%
P6 Temps que li dedica el metge	91,4%	90,5%
P20 Mantenir o controlar el seu estat de salut	-	88,1%
P19 Tracte personal del taulell	85,2%	83,5%
P18 Atenció rebuda al CAP fora de l'horari habitual	76,5%	74,3%
P1.1 Temps que triguen quan truca per telèfon	71,0%	66,8%
P2 Facilitat pel dia de visita	69,9%	66,7%
P3 Puntualitat per entrar a consulta	57,8%	58,1%

1.- Resum de resultats globals de Catalunya, enquesta PLAENSA 2018.

Disponible a:

scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5522/plaensa_atencio_primaria_2018_resultats_globals_catalunya.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Per millorar l'accessibilitat dels usuaris al seu Equip d'Atenció Primària (EAP), mantenir la longitudinalitat i l'eficiència del servei ², es va crear l'e-consulta ^{3,4} : un canal de comunicació asincrònic, directe i bidireccional amb l'equip sanitari de referència de cada usuari, podent enviar un missatge telemàtic que s'agenda en els següents 5 dies al professional sanitari. Per disposar d'aquest servei, l'usuari ha de

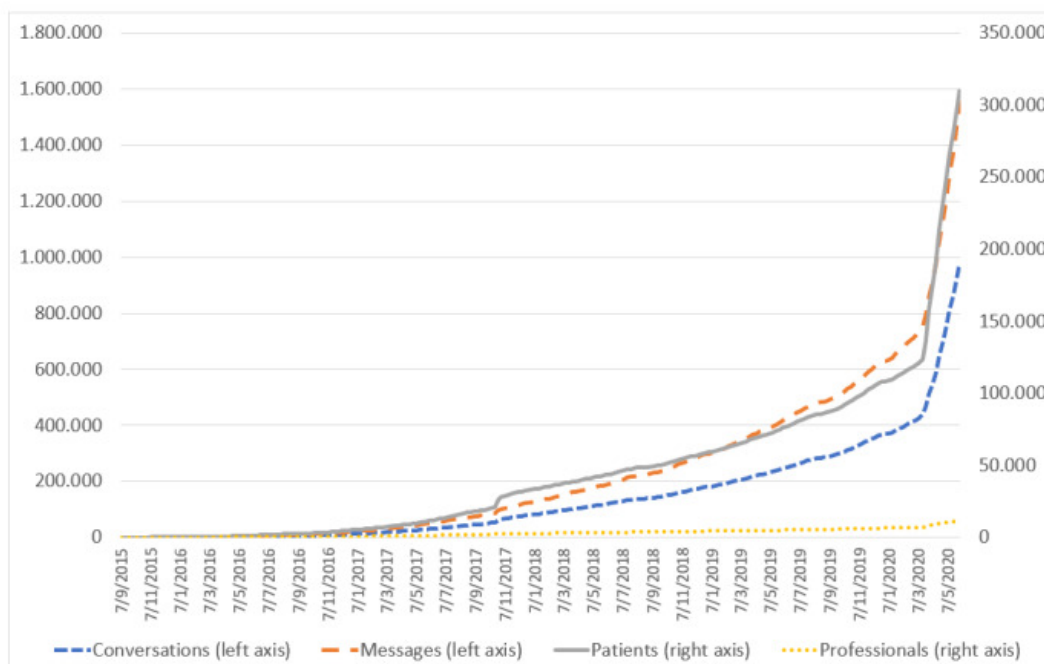
tenir certa educació digital, necessita l'accés a internet, donar-se d'alta a La Meva Salut⁵ 4, o descarregar-se l'app, per utilitzar l'e-consulta.

Aquest canal no precisa el contacte amb el personal administratiu, fent més fàcil i àgil enviar un motiu de consulta, i fins tot, des de la web es pot generar un missatge telemàtic que veurà l'administratiu i gestionarà. Però les persones que truquen al Centre d'Atenció Primària (CAP) per poder demanar una visita, tenen el seu accés dificultat per la saturació de les línies telefòniques, no poden deixar cap missatge registrat en cap portal, a més de la llista d'espera de la consulta pròpiament dita.

En l'actualitat, la gran majoria de població té dispositius digitals amb accés a internet, dominen aquest àmbit i saben com utilitzar-lo⁶. Però coexisteix amb un altre grup que no reuneix aquestes característiques, i que formen part de l'anomenada esclatxa digital. En aquest perfil de població es troben les persones d'edat més avançada, i persones amb nivell socio-econòmic i/o cultural baix⁷, que veuen limitada la seva accessibilitat a l'EAP per no tenir eines ni habilitats per gestionar la seva demanda de manera telemàtica. Aquests pacients acudeixen a la seva ABS presencialment o demanen una consulta trucant, amb les limitacions de funcionalitat que implica la via telefònica.

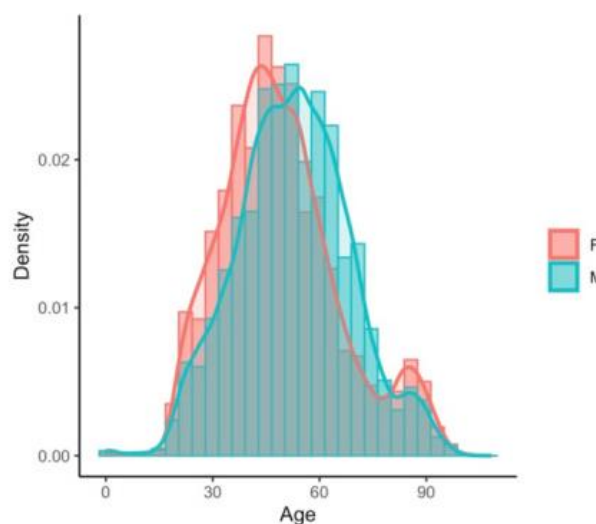
Estudis previs identifiquen algunes característiques definitòries dels pacients (hispanos, de color, > 65a anys, nivell socio-econòmic baix...), que més limitació tenen en l'ús de la telemedicina (en format vídeo-trucada) com eina de comunicació i ja suggereix la necessitat de millorar l'equitat en l'accessibilitat dels recursos digitals en salut, així com variables descriptives dels usuaris de les consultes telemàtiques^{8,9,10}, però no es quantifica la diferència en l'espera a ser atesos d'un grup i de l'altre, ni comparativament entre ells. Per altra banda, trobem evidència sobre la consulta telefònica com alternativa a la presencial en determinades situacions^{11,12}, però tampoc ens compara la diferència en l'accessibilitat.

La pandèmia del COVID-19 ha forçat al sistema sanitari de Catalunya a transformar-se i reorganitzar-se, per donar resposta a l'emergència sanitària que estàvem vivint. Hem experimentat un canvi molt important pel que fa al model d'atenció sanitària, potenciant la telemedicina i les consultes telefòniques com alternativa a les visites presencials, amb un augment exponencial de les dues primeres.



3.- López Seguí F, Walsh S, Solans O, Adroher Mas C, Ferraro G, García-Altés A, García Cuyàs F, Salvador Carulla L, Sagarra Castro M, Vidal-Alaball J. Teleconsultation Between Patients and Health Care Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation Analysis in a Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 2020 Sep 17;22(9):e19149. doi: 10.2196/19149. PMID: 32687477; PMCID: PMC7530682

Aquest fenomen ha sigut estudiat objectivant aquest creixement, i definint els tipus de consulta i el perfil majoritari d'usuaris, que es troben entre els 30 i 60 anys^{3,4}.



3.- López Seguí F, Walsh S, Solans O, Adroher Mas C, Ferraro G, García-Altés A, García Cuyàs F, Salvador Carulla L, Sagarra Castro M, Vidal-Alaball J. Teleconsultation Between Patients and Health Care Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation Analysis in a Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 2020 Sep 17;22(9):e19149. doi: 10.2196/19149. PMID: 32687477; PMCID: PMC7530682

A més, les visites no presencials s'han utilitzat de filtre per adequar la idoneïtat dels motius de consulta que precisen d'una visita cara a cara per ser resolts. Per tant, la potenciació dels canals de comunicació telemàtics seguirà vigent, ja que ha demostrat evitar cites presencials, amb una bona acceptació tant en professionals sanitaris com en un grup important d'usuaris¹³.

Conseqüentment doncs, les visites cara a cara s'han vist molt reduïdes¹⁴ i s'ha constatat la necessitat de reduir les activitats (visites o seguiments) sense valor afegit¹⁵. Això s'ha vist reflectit en una disminució de les visites presencials, a tots els nivells assistencials.

Però trobem evidències de que aquesta reducció de les visites presencials a Catalunya, ha portat a un empitjorament en el control, seguiment i accions preventives de les patologies cròniques, i en la seva detecció, com la Diabetis Mellitus 2 (DM2)¹⁶, així com d'altres factors de risc cardio-vascular¹⁷, a més d'un infradiagnòstic de patologies més greus, com processos neoplàsics¹⁸, i tanmateix és extrapolable a nivell espanyol, pel que fa a la disminució de la incidència d'infart agut de miocardi o insuficiència renal per exemple¹⁹.

Posteriorment al 2020, s'han intentat reprendre els controls de les patologies cròniques, encara que s'han vist dificultats per les onades de la COVID-19.

L' AP ha tingut un paper primordial en el gestió de la pandèmia, però cal tenir en compte que és la porta d'entrada al sistema sanitari, i els efectes del COVID-19 en l'assistència sanitària a aquest nivell, ha tingut uns efectes gens menyspreables i pels que cal valorar si calen actuacions per mitigar-los¹⁴, per minimitzar els efectes negatius dels resultats en salut davant altres possibles crisis sanitàries.

La pandèmia ha deixat un escenari en el que hem hagut de reinventar l'atenció sanitària, per minimitzar l'exposició social al virus, però també ha sigut una empenta pels recursos telemàtics²⁰, que prèviament eren poc utilitzats per la població. Però tot té dues vessants, i una d'elles és el sentiment d'abandó d'aquelles persones que no tenen la mateixa accessibilitat al seu EAP prèvia al COVID^{21,22}, degut al canvi en el model assistencial i per no utilitzar les eines digitals com canal de comunicació. Aquest fet, junt amb la por al COVID-19 i la dificultat d'accés telefònic, possiblement ha provocat la manca de seguiment i detecció de diferents patologies.

Per altra banda, aquestes dificultats en l'accessibilitat, i la limitació en l'educació digital d'aquests grups de pacients, fan que la seva satisfacció amb les noves vies de comunicació sigui més baixa¹³

Tanmateix, trobem una sensació subjectiva de molts professionals sanitaris d'AP i dels pacients, sobre la desigualtat en la comunicació amb els EAP segons el canal que s'utilitzi. L'e-consulta és una eina molt útil, amb gran acceptació però que cal ajustar correctament el seu ús, i sobretot equiparar altres vies d'accés a aquesta eina telemàtica, per garantir una assistència equitativa a tota la població.

En el moment actual, no disposem d'estudis ni dades que quantifiquin la llista d'espera per AP segons el canal d'accés ni comparin entre els diferents canals de comunicació. Per contra, anualment es publiquen les dades de la llista d'espera per especialitats, probes diagnòstiques i intervencions quirúrgiques ²³, quan l'AP és la porta d'entrada al sistema sanitari.

Cal tenir en compte que el model d'assistència ha canviat, i cada perfil de pacient té una via d'accés majoritària, factor que ens pot portar cap a la "lleï de cura inversa" ²⁴, en que aquells pacients amb pitjors condicions de salut i més requeriments, tinguin més dificultats per accedir al sistema sanitari ²⁵.

Per altra banda, el concepte d'accessibilitat també caldria adaptar-lo a la nova tendència de poder resoldre motius de consulta per vies alternatives a la presencialitat, i comprovar si l'augment de les visites telemàtiques i telefòniques, milloren l'accessibilitat per les visites presencials (cita en < 48h-5 dies pel seu metge de família), més requerides pels pacients pluripatològics, així com estudiar quins tipus de visita no presencial precisa d'una visita a l'ABS per ser resolta.

Per tots aquets motius, és prioritari objectivar i definir la diferència en l'accessibilitat a l'AP en el moment actual, ja que molt probablement, els pacients més pluripatològics, són els que més dificultat tenen per accedir a l'AP, mentre que es facilita l'accés telemàtic per motius més banals o burocràtics.

Aquest estudi és necessari per avaluar la situació actual, valorar si les vies d'accés a l'AP són equitatives, si les consultes telemàtiques i telefòniques milloren l'accessibilitat de les visites presencials, i segons els resultats, qüestionar la necessitat de dissenyar un canal de comunicació asincrònic amb l'EAP, adequat als pacients inclosos en l'esclatxa digital, per oferir a tots els usuaris una via de comunicació funcional amb el seu equip mèdic de referència.

2. Objectius

Objectiu general: Analitzar les diferències en accessibilitat dels pacients >15a a concertar visita telefònica, telemàtica o presencial amb el seu MAP en una ABS rural en època COVID 19.

Objectius específics:

- Descriure les característiques demogràfiques (sexe, edat) dels pacients per cada tipus de consulta, durant el període d'estudi.
- Descriure el número de patologies cròniques dels pacients per cada tipus de consulta, durant el període d'estudi, segons els codis del CIE10.
- Descriure la freqüència relativa i total de cada tipus de consulta, durant el període d'estudi.
- Descriure els motius de consulta més freqüents per cada tipus de visita, durant el període d'estudi, entre els següents: Burocràtic, burocràtic + salut, salut.
- Analitzar quantes consultes telefòniques i telemàtiques precisen una cita presencial, durant el període d'estudi.
- Analitzar quantes e-consultes s'han realitzat per terceres persones.

Preguntes de recerca:

PICO:

P: accessibilitat del pacient al MAP

I: e-consulta

C: consulta telefònica, consulta presencial

O: dies de demora en programar-se des de que el pacient genera la consulta fins que apareix a l'agenda del metge.

Preguntes:

- Quin tipus de consulta ha tingut millor accessibilitat al MAP, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?
- Quin tipus de consulta ha tingut la pitjor accessibilitat al MAP, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?
- Té l'e-consulta millor accessibilitat al MAP que la resta de tipus de consultes generades?

P: demora en la resolució del motiu de consulta

I: e-consulta

C: consulta telefònica, consulta presencial

O: dies compresos entre que la consulta s'agenda, fins que el MAP la resol.

Preguntes:

- Quin tipus de consulta ha tingut una resolució més ràpida, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?
- Quin tipus de consulta ha tingut una resolució més alentida, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?

P: requeriment de visita presencial per la resolució del motiu de consulta.

I: e-consulta

C: consulta telefònica

O: % d'e-consulta i de visites telefòniques que precisen d'una visita presencial per la seva resolució.

Preguntes:

- Quin tipus de consulta ha requerit en més ocasions d'una visita presencial per la seva resolució, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?

P: edat dels pacients.

I: e-consulta

C: consulta telefònica, consulta presencial.

O: edat mitja dels pacients usuaris de cada tipus de consulta

Preguntes:

- Quin tipus de consulta utilitzen més freqüentment els pacients segons rangs d'edat, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?

P: comorbiditat dels pacients.

I: e-consulta

C: consulta telefònica, consulta presencial.

O: número de patologies que presenten els pacients segons els tipus de consulta.

Preguntes:

- Quin número mig de patologies presenten els pacients segons el tipus de consulta que utilitzen més freqüentment, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?

- Quin tipus de consultes utilitzen més freqüentment els pacients amb més patologies, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi.

P: avaluació del tipus de consulta

I: e-consulta

C: consulta telefònica, consulta presencial.

O: % de motius de consulta de salut o burocràtics segons el tipus de consulta.

Preguntes:

- Quins són els motius de consulta més freqüents de les e-consultes, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?
- Quins són els motius de consulta més freqüents de les consultes telefòniques, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?
- Quins són els motius de consulta més freqüents de les consultes presencials, entre els adults atesos a l'ABS rural durant el període d'estudi?

3. Metodologia

Disseny i tipus d'estudi : S'ha realitzat un estudi de tipus quantitatiu observacional descriptiu longitudinal entre 2021-2022, fent una revisió de les consultes telemàtiques (e-consultes), telefòniques i presencials generades pels pacients d'un MAP en una ABS d'àmbit rural de la comarca del Garraf (nivell local), durant els període comprés entre el 13 de desembre de 2021 i el 18 de gener de 2022, no comptant per l'anàlisi les setmanes del 24 de desembre al de 2021 al 4 de gener de 2022, per evitar els dies de vacances dels professionals, factor que pot jugar un paper confusor, ja que les agendes en aquest període s'obren al dia i no és possible concertar cita de manera programada.

Població d'estudi i mostra: definim la població diana^{26,27} com aquells pacients majors de 15 anys, amb metge assignat a l'ABS rural, i que hagin generat almenys una e-consulta, visita telefònica i/o presencial no forçada a l'agenda del seu MAP en el període definit prèviament.

S'ha fet un recompte del total de les consultes telemàtiques, telefòniques i presencials no forçades en l'agenda del MAP de l'ABS dels períodes concretats, ja que si tenim en compte estudis previs sobre característiques de les consultes, analitzen dades de varis milers de les mateixes, motiu pel qual no serà necessari fer el mostreig.

Criteris d'inclusió²⁹:

- Consultes telefòniques, presencials i e-consultes generades per pacients > 15a amb metge assignat a l'ABS .
- Consulta telemàtica, telefònica i/o presencial al seu MAP, correctament programada en l'agenda.
- Que la consulta es resolgui: responent per alguna via la demanda del pacient.

Criteris exclusió:

- Residents en una altra comunitat autònoma o fora del país.
- Consulta no resolta: que el MAP no hagi respost o bé no s'hagi pogut contactar telefònicament amb el pacient (catalogada en agenda com NB)
- Pacients institucionalitzats.
- e-consultes generades pel metge.
- Visites no-presencials no programades com e-consultes.
- Peticions de validació de prescripció o incapacitats temporals,
- Visites domiciliàries
- Visites telefòniques o presencials generades per part de MAP o infermeria amb un propòsit específic.
- Visites inserides de qualsevol tipologia.

Sistema de recollida de dades: S'han revisat un total de 16 dies de consulta, amb un número total de consultes de 771, 544 d'aquestes estaven correctament agendades, i complien els criteris per l'anàlisi un total de 307.

L'autora d'aquest estudi de recerca ha revisat a través de l'eCAP Sanitari, totes aquelles consultes telefòniques, e-consulta i visites presencials del tipus 9R (no disponibles per internet perquè el pacient se l'autoprogrami) del període especificat del seu contingent, que ocupen un espai predeterminat en l'agenda (dies laborables, de dilluns a divendres), revisant l'hora de programació: si la consulta estava programada en una de les hores pre-establertes segons el seu model d'agenda, era una consulta revisable; si la consulta estava en una altra hora, es descartava.

Des de la pantalla de l'agenda general del dia, s'ha recollit en el full de recollida de dades, per cada consulta: el sexe, edat, tipus de consulta (codificat tal com ens surt en l'eCAP al fer la programació: 9E, 9T, 9R), motiu (present a la part inferior de la pantalla de l'agenda, que apareix quan marquem a cada pacient amb el cursor).

En el cas de les consultes telefòniques i presencials, des de l'accés de la part superior de la pantalla de l'agenda, en el desplegable "Agenda", s'ha accedit a l'apartat de "Visites", en el que obtenim el resum de totes les visites del pacient. S'ha buscat la del dia concret de l'agenda que estem analitzant i s'ha escollit, per poder revisar l'ítem "D. Petició", que correspon amb el dia que el pacient genera la demanda de consulta.

Per finalitzar, s'ha entrat a la Història Clínica (HC) del pacient, per comptabilitzar el número de patologies cròniques que pateix (presents a la part dreta de la pantalla), i s'ha revisat la visita del dia concret, per valorar si la consulta s'ha resolt, i si ha precisat en dies posteriors alguna consulta presencial, en el cas de les e-consultes i les telefòniques.

Per les e-consultes, s'ha accedit directament a la mateixa des de l'agenda, per tal que s'obri la consulta telemàtica d'aquell dia concret. En la mateixa pantalla podem recollir les dades d'identificació, sexe i edat, si no s'ha fet prèviament, consta el dia de la generació de la consulta i el dia de la resposta per part del metge, així com el motiu de la mateixa.

Igualment en aquest cas s'ha accedit a la HC per recollir el número de patologies que pugui presentar.

A través de l'eCAP Sanitari, s'han recollit les dades relacionades amb les següents **variables d'estudi**:

Variable independent:

- Tipus de consulta: telemàtica (e-consulta), telefònica, presencial (variable qualitativa, escala de mesura nominal).

Variables dependents:

1.- Descripció de la persona generadora de la consulta:

- Sexe: home, dona (variable qualitativa dicotòmica, escala de mesura nominal)
- Edat (variable quantitativa contínua, escala de mesura de raó)
- Número de patologies cròniques, comptabilitzades com unitats, entre les especificades en aquesta taula segons la codificació CIE10.

Patologia	CIE10
HTA	I10
DM1	E11.9
DM2	E10.9
Hipercolesterolèmia	E78.00, E78.01

Cardiopatia Isquèmica	I125.9
Angina de pit	I20.9, I20.0
Accident Vascular Cerebral	I63.9
AIT	G45.9
Insuficiència cardíaca	I50.9, I50.30, I50.1, I50.20
Insuficiència renal crònica	N18.9
MPOC	J44.9
Asma	J45.909
Emfisema	J43.9
Fibril·lació Auricular	I48.91, I48.0
Claudicació Intermitent	I73.9
Arteriopatia perifèrica	I73.9

2.- Descripció de les consultes:

- Motiu de consulta (variable qualitativa dicotòmica, escala de mesura nominal):

- Burocràtic: renovació de recepta electrònica, petició de recepta, gestions de Incapacitat Temporal (IT), petició d'informes.
- Salut: consultes relacionades amb símptomes o patologies.
- Burocràtic + salut: aquelles consultes que presentin ítems dels dos tipus de demanda

- Demora 1: dies entre la generació de la consulta i que aparegui programada en agenda del metge (variable quantitativa, escala de mesura d'interval)

- Demora 2: dies entre la programació i resolució de la consulta (variable quantitativa, escala de mesura d'interval)

Estratègia d'anàlisi de dades: s'han recollit les dades en una taula Excel i l'anàlisi s'ha realitzat amb el programa SPSS.

S'ha fet un anàlisi descriptiu de les diferents variables i aplicat el test de normalitat (Test de Kolmogorov-Smirnov) per cada variable per saber quin estadístic utilitzar per comparar les variables entre sí. Donat el resultat de la distribució de les variables ha sigut no normal, s'ha aplicat la U de Mann-Whitney i test de Kruskal-Wallis per comparar mitges de mostres independents.

Agafem un p-valor=0.05 i una potència de 0.8.

g. Pla de treball:

	Períodes					
Responsable	2/05-14/05	16/05-11/06	10/06-9/09	12/09-14/10	17/10-4/11	7/11-5/12
Invesitgador principal	Revisió bibliogràfica					
Invesitgador principal, Tècnic de Salut		Redacció del Protocol d'investigació				
Invesitgador principal			Creació de la fulla Excel de recollida de dades i revisió de les HC			
Invesitgador principal				Anàlisi de dades amb SPSS i Creació de taules		
Invesitgador principal					Extracció de resultats i conclusions	
Invesitgador principal						Redacció de l'investigació amb els resultats

Aspectes ètic-legals: no s'han recollit les dades d'identificació dels pacients i només s'han consultat aquelles variables necessàries per la investigació.

D'aquesta manera, respectarem els següent apartat de la LOPDGDD (Ley Orgánica de la Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales) de 2018³³ :

- Article 53: només es recolliran les dades necessàries per la investigació.

Pel que fa al RGPD³⁴ :

- Especifica que “el tractament de les dades ha de ser realitzat de manera legítima, lleial, i transparent, així com amb limitació de la seva finalitat, amb aquelles dades més rellevants i exactes possibles”.

I a nivell català, la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya segueix les mateixes directius de les lleis prèvies comentades sobre el consentiment informat, i el dret a la confidencialitat³⁵.

Referent a l'ètica de la nostra recerca, no entra en conflicte amb cap dels articles de la Llei 14/2007 respecte a la investigació biomèdica³⁶.

Totes les dades recopilades es guardaran en els servidors segurs de l'ICS.

4. Resultats

S'ha analitzat la consulta d'una MAP d'una ABS rural de la comarca del Garraf, amb un contingent de 1808 pacient de població assignada, i 1383 pacient de població assignada i atesa (76.49%). S'han revisat un total de 16 dies, obtenint 771 consultes totals, 544 de les quals estaven correctament programades, però aptes per l'anàlisi 307 (39.81%), ja que s'han descartat les visites inserides, les domiciliàries, les consultes no presencials que no eren e-consultes i les visites telefòniques programades pel metge o infermeria

De totes les visites, 172 van ser generades per dones (55.8% del total), i un total de 135 (44.11%) per homes. En aquesta taula ([taula 1](#)) veiem els valors absoluts i % de cada tipus de consulta segons el sexe.

		Sexe		
		Dona	Home	Total
e-consulta	Total	32	25	57
	%	18,60%	18,50%	9,80%
Telefònica	Total	100	69	169
	%	58,10%	51,10%	29,10%
Presencial	Total	40	41	13,9
	%	23,30%	30,40%	29,10%

Taula 1. Resum de valors totals i % de tipus de consulta segons sexe.

Com veiem, tant homes com dones, els primer tipus de consulta utilitzat ha sigut la telefònica (69 (51.10%) i 100 858.10% respectivament), el segon tipus ha sigut la presencial: 41 visites en homes (30.4%) i 40 en dones (23.3%), i en darrer lloc torbem l'e-consulta, sent més freqüent en les dones amb 32 e-cons (18.6%), enfront de les 25 generades per homes (18.5%).

En les dones s'ha trobat una edat mitja de 50.78 (IC 95%: 48.27-53.29), i un número mig de patologies de 0.72 (95%IC: 0.56-0.88), mentre que en homes l'edat mitja ha sigut de 54.9 (IC 95%: 51.9-57.9), un número mig de patologies de 1.05 (95%IC: 0.83-1.28). No s'han trobat diferències estadísticament significatives per l'edat i el número mig de patologies per sexes (U de Mann-Whitney: significança de 0.094 i 0.054 respectivament).

En la següent [taula 2](#) trobem el resum dels descriptius de les variables estudiades.

		Mitja	EE	Interval confiança		Mediana	Variança	Desv. Estànd.	Estad. Prob.	G LL	p-valor
				Limit inf.	Limit sup.						
Edat	Dona	50,73	1,264	48,24	53,23	51	274,595	16,571			0,094
	Home	54,9	1,516	51,9	57,9	52	310,437	17,619			
Núm. Patol.	Dona	0,72	0,079	0,56	0,88	0	1,074	1,036			0,054
	Home	1,05	1,114	0,83	1,28	0	1,751	1,323			
Edat	e-cons	44,02	1,8	40,41	47,62	44	184,73	13,592	23,811	2	<0,001
	Telefònica	52,83	1,326	50,22	55,45	52	297,22	17,24			
	Presencial	58,01	1,884	54,26	61,76	57	287,587	16,958			
Demora 1	e-cons	2,84	0,376	2,09	3,6	2	8,064	2,84	10,435	2	0,005
	Telefònica	5,86	0,708	4,47	7,26	0	84,83	9,2			
	Presencial	5,98	0,994	4	7,95	3	79,974	8,943			
Demora 2	e-cons	-0,05	0,3	-0,11	0,01	0	0,051	0,225	13,244	2	0,001
	Telefònica	0	0	0	0	0	0	0			
	Presencial	0	0	0	0	0	0	0			
Núm. Patol.	e-cons	0,32	0,084	0,16	0,48	0	0,363	0,602	20,439	2	<0,001
	Telefònica	0,88	0,093	0,7	1,06	0	1,459	1,208			
	Presencial	1,22	0,144	0,94	1,51	1	1,675	1,294			

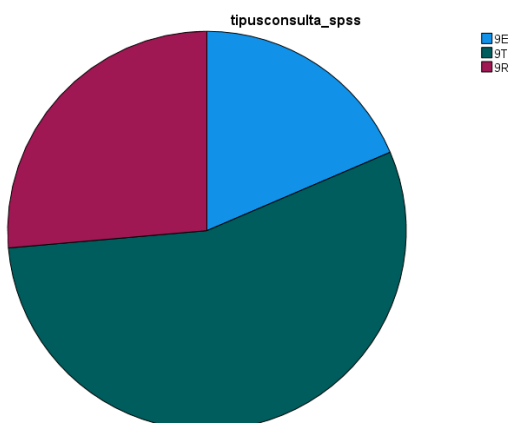
Taula 2. Resum de variables estudiades i descriptius.

La [taula 3](#) mostra el resum de les freqüències totals i relatives de cada tipus de consulta i per motius: 57 e-consultes (18.56%), 169 consultes telefòniques (55.4%), 81 visites presencials (26.38%).

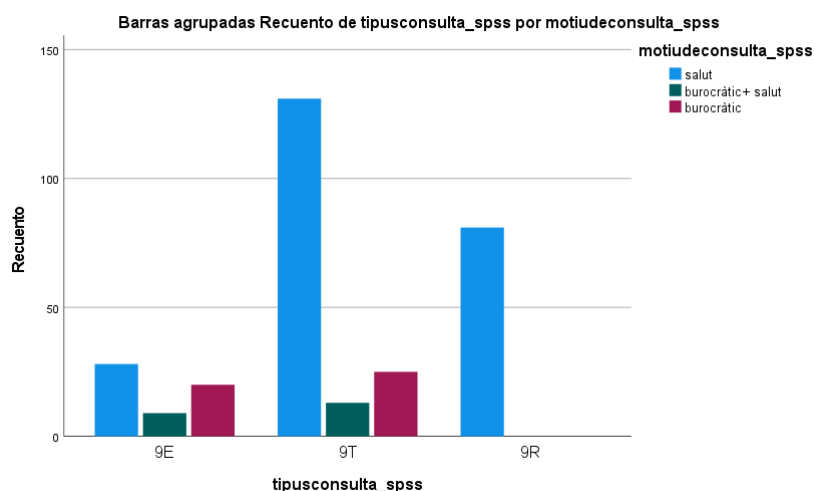
	Sexe		Tipus de consulta												
			e-consulta				Telefònica				Presencial				
	Home	Dona	Total	Buroc.	Buroc + Salut	Salut	Total	Buroc.	Buroc + Salut	Salut	Total	Buroc.	Buroc + Salut	Salut	Total
Subtotal	135	172,00	307,00	20	9	28	57	25	13	131	169	0	0	81	81
% relatius	43,97%	56,02%		35,08%	15,78%	48,10%		14,79%	7,69%	77,51%				100%	
%	100%			18,56%				55,40%				26,38%			

Taula 3. Resum de valors absoluts i freqüències en % de les consultes per sexe i tipus.

En aquest diagrama circular, veiem com les consultes telefòniques són les que ocupen més visites en les agendes analitzades.



Tal com veiem en el següent histograma, en tots els tipus de consulta, el motiu de “Salut”, ha sigut el primer en freqüència: 48.1% de les e-consultes, 77.51% de les consultes telefòniques, i el 100% de les presencials.



El segon motiu de consulta ha sigut el, present en les e-consultes majoritàriament amb un 35.08%, i en un 14.79% de les consultes telefòniques. I el motiu conjunt “Burocràtic + Salut” ha estat present en un 15.78% de les e-consultes i en un 7.69% de les consultes telefòniques.

Veiem que en les visites presencials no s’ha comptabilitzat cap motiu “Burocràtic” o “Burocràtic + Salut”.

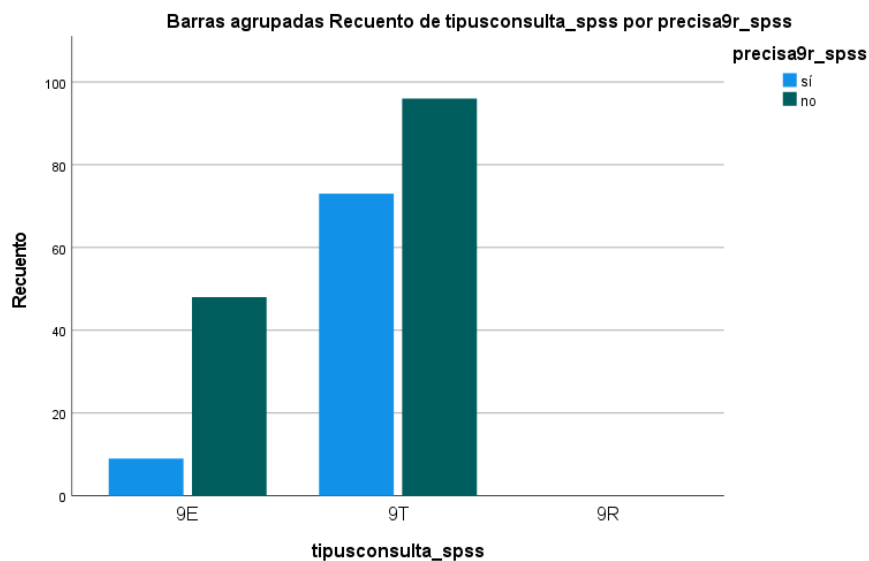
La [taula 3](#) mostra quantes de les visites no presencials han precisat una consulta cara a cara, i quantes de les e-consultes han sigut generades per terceres persones:

	Precisa visita presencial			Generada per 3ers	
	Sí	No	Total	Sí	No
e-consulta	9 (15,78%)	48 (84,2%)	57	5 (8,7%)	52 (91,22%)
Telefònica	73 (43,19%)	96 (56,8%)	169		
Total	82 (36,82%)	144 (63,71%)	226		

Taula 3. Resum de valors absoluts i freqüències en % del requeriment de visita presencial i si ha sigut generada per 3es persones.

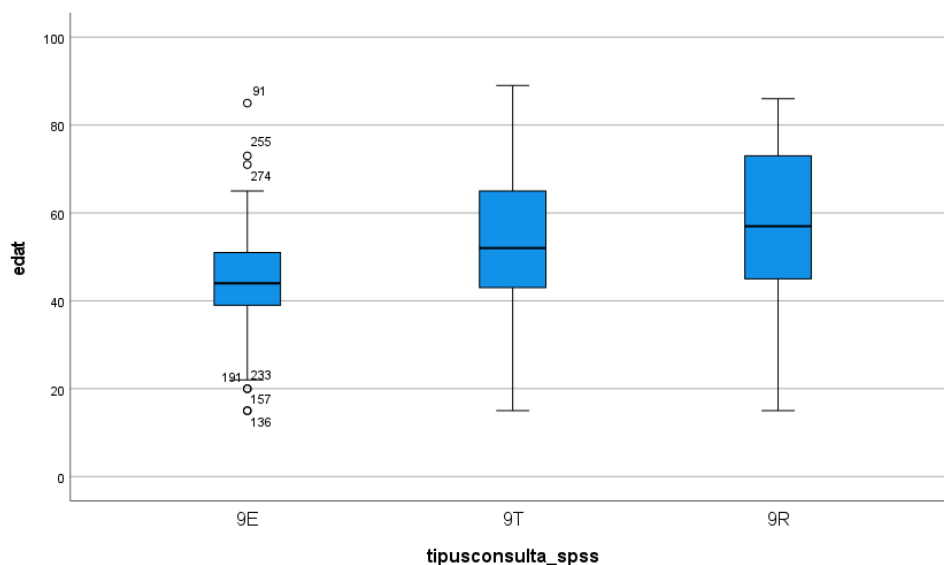
Un total de 144 visites no presencials (63.71%), han pogut ser resoltes per aquest canal de comunicació. Per contra, 82 (36.82%) de les mateixes sí han necessitat d’una visita presencial.

Com es pot observar en l’histograma, les consultes telefòniques han requerit en més ocasions d’una visita presencial per ser resoltes (73, 43.19%), que les e-consultes (9, 15.78%).



Per altra banda, només 5 de les 57 e-consultes van ser generades per terceres persones (8.7%).

Si analitzem els resultats sobre l'edat mitja de cada tipus de consulta, veiem que els usuaris de l'e-consulta tenen una edat mitja més jove: 44.02 anys (IC 95%: 40.41-47.62), que augmenta en les usuaris de les

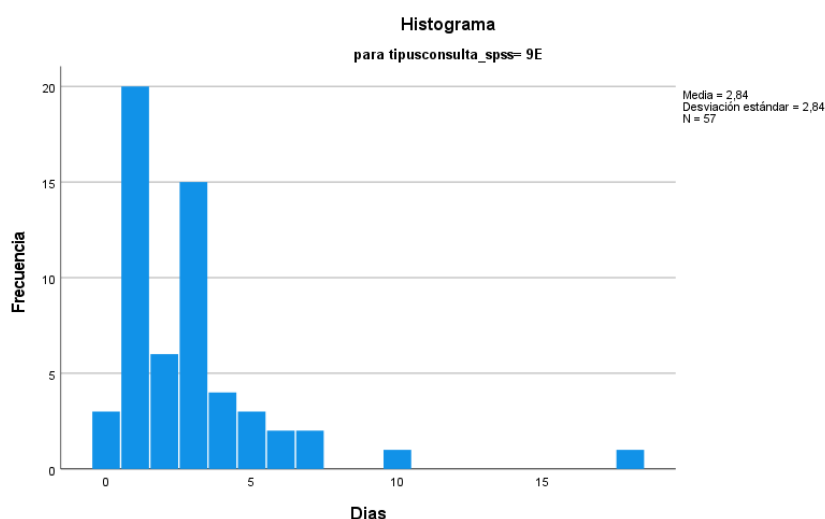


consultes telefòniques: 52.83 (IC 95%: 50.22-55.45), i que els pacients que requereixen de visites presencials, son els que presenten més edat amb una mitja de : 58.01 (IC 95%: 54.26-61.76), trobant diferències estadísticament significatives (p valor <0.001) aplicant el test de Kruskal-Wallis per mostres independents sense distribució normal. Veiem en el boc-plot, que el rang d'edats per cada tipus de consulta agumenta, i que en el cas de les e-consultes, tenim valors outliers.

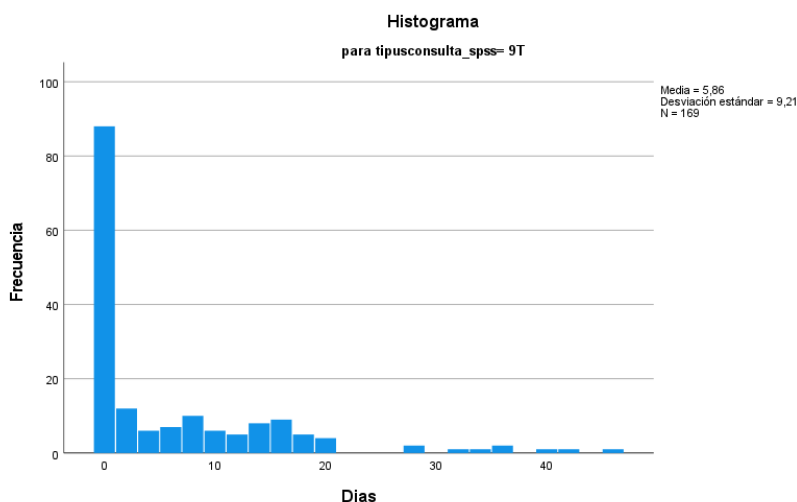
Referent al número mig de patologies dels pacients segons els tipus de consulta, hem trobat els següents resultats: els pacients que han enviat una e-consulta, tenen un

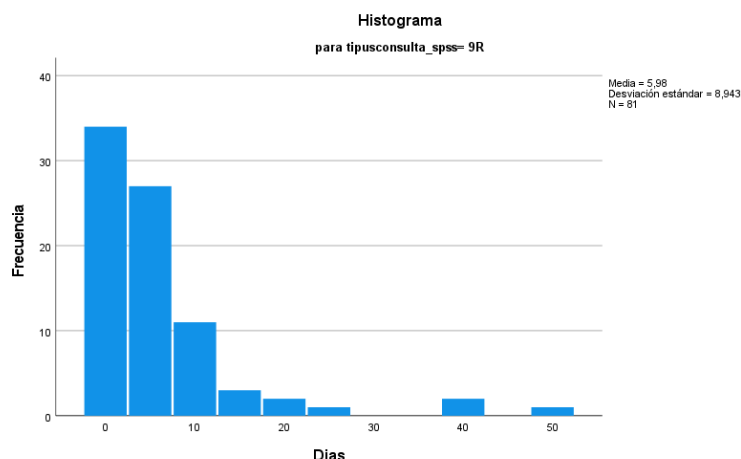
número mig de patologies de 0.32 (IC 95%: 0.16-0.48), els que han consultat via telefònica, presenten un 0.88 (IC 95%: 0.7-1.06), i aquells que han precisat una consulta presencial 1.22 (IC 95%: 0.94-1.51), trobant també diferències estadísticament significatives (p valor <0.001, test de Kruskal-Wallis).

Pel que fa als dies de demora entre que el pacient genera la consulta i es programa a l'agenda del MAP (Demora 1), s'han obtingut els següents resultats: les e-consultes, triguen 2.84 dies (IC 95%: 2.09-3.60), des de que el pacient envia la consulta fins que s'agenda. Les consultes telefòniques triguen 5.86 dies (IC 98%: 4.47-7.26), i les presencials 5.98 (IC 95%: 4-7.96). També s'han trobat diferències estadísticament significatives en aquest cas (p valor: 0.005, test de Kruskal-Wallis).



Com veiem en els histogrames, destaca en la consulta telefònica i presencial, moltes d'elles s'han generat i agendat en el mateix dia, i ambtot, la mitja de dies de demora és quasi el doble que en l'e-consulta.





En els resultat de la demora en resolució de les consultes (Demora 2: des de que s'agenda la visita fins que es resol), veiem que les e-consultes, es resolen amb una demora mitja de -0.05 dies (IC 95%: -0.11 - -0.01). La resta de tipus de consulta (telefònica i presencial), en 0 dies, amb una significància de 0.001 (Kruskall-Wallis)

5. Discussió

Analitzant els resultats obtinguts, podem dir que la majoria de visites han sigut telefòniques, realitzades per dones amb una edat mitja de 50.78 anys. Aquest fet, descrit com l'augment de les visites no presencials ha sigut un dels efectes de la pandèmia del COVID19, recollit en estudis previs, tant pel que fa a l'increment de les e-consultes ^{3,4} com de les consultes telefòniques¹⁴, a més de ser aquesta darrera via una bona alternativa a les visites presencials en àrees rurals ¹¹, com és el nostre cas. Les dones han realitzat més e-consultes que els homes, coincidint amb altres resultats d'anàlisi dels usuaris de les consultes telemàtiques ^{3,4}, encara que les e-consultes han sigut el tercer tipus visita, per darrera de les telefòniques i les visites presencials.

Pel que fa als motius de cada tipus de consulta, la Salut ha sigut el primer en tots els tipus de consulta. Cal puntualitzar: el període d'estudi va coincidir amb la 6a onada de la pandèmia COVID19, quan l'Atenció Primària estava desbordada per intentar absorbir totes les demandes dels pacients, de les quals moltes, van ser per comunicar al MAP que s'havia contagiats de pel virus i els símptomes que presentava. Aquest fet podria explicar que quasi la meitat de les e-consultes (48.1%) es cataloguessin com "Salut" únicament, a part d'altres motius de consulta. Per altra banda, recordar que l'anàlisi s'està efectuant de les demandes generades pels pacients; alguns estudis

previs, que han analitzat les e-consultes en general, tant les iniciades per un MAP com pel pacient, sí s'ha trobat un percentatge de consulta mèdica menor del recollit en aquest, però perquè es comptabilitzen també aquelles generades del MAP al pacient, que no acostumen a ser per motius de salut, sinó més per comunicar resultats de proves o la renovació del pla de medicació ³.

Seguidament, trobem el motiu "Burocràtic" com el segon en freqüència en les consultes no presencials, que també podria ser explicat pel mateix moment del període d'anàlisi, en que a part de comunicar els símptomes, es demanava la MAP la Incapacitat Temporal i/o algun tractament.

Destaca el fet que en les consultes presencials, no trobem motius "Burocràtic" o "Burocràtic+Salut", només trobem "Salut". Es podria justificar pel fet de que tant l'e-consulta com la telefònica, s'ha utilitzat com a filtre per citar al pacient posteriorment en una visita presencial, per valorat físicament al pacient, degut a un signe o símptoma explicats en els canals anteriors. Si el pacient ha requerit algun tràmit no sanitari pròpiament dit, s'ha resolt prèviament a través de les consultes no presencials.

Pel que fa a la necessitat d'una visita presencial per resoldre el motiu de consulta, hem obtingut un percentatge de resolució del 63.71% sense requerir una cita cara a cara. Aquest percentatge és menor que altres estudis previs, però aquests últims només analitzaven e-consultes (79.6% de cites presencials evitades) ³, que recordem s'avaluaven totes les generades entre MAP i pacients. En el nostre estudi, al valorar només les iniciades per pacients, i el fet que moltes fossin per motius de salut, també explicaria aquesta diferència. Ambtot, només un petit número de les e-consultes ha requerit de visita presencial (9 enfront de 48).

Si valorem les consultes telefòniques, han requerit en més ocasions d'una cita presencial per la seva resolució que l'e-consulta, però no s'ha trobat tanta diferència en valors absoluts entre les que han requerit una cita amb el MAP i les que no (73 enfront de 96). Això es podria explicar pel perfil de pacient que utilitza la via telefònica (edat més avançada i amb més patologies cròniques), que el motiu "Salut" també ha sigut el més freqüent, i que la aquesta via s'ha utilitzat com a filtre per buscar la màxima idoneïtat a les visites cara a cara.

Si ens centrem en l'edat mitja per cada tipus de consulta, veiem que les e-consultes tenen l'edat mitja més jove, i que augmenta paulatinament en la consulta telefònica i en la presencials. I el mateix passa pel que fa a número mig de patologies dels pacients segons els tipus de consulta. Aquests resultats ja coincideixen amb

descripcions prèvies d'usuaris de consultes telemàtiques ^{3,4}, els qual acostumen a ser més joves, i sense patologies, enfront dels pacients d'edat més avançada i amb més malalties cròniques, que prefereixen les visites telefòniques i presencials ¹³.

Si revisem el Box-plot sobre l'edat i tipus de consulta, en la caixa de l'e-consulta, trobem 7 valors outliers, . Recordem que s'han trobat 5 e-consultes generades per 3es persones, fet que podria explicar alguns d'aquests valors d'edat més distants del gruix central: familiars que s'han identificat en l'e-consulta del pacient feta al seu nom. Això s'ha donat tant en pacients més joves (algun dels progenitors ha sigut qui ha enviat l'e-consulta) com d'edat més avançada (fills en aquest cas).

Analitzant els dies de demora, trobem les diferències més destacables pel que fa als dies entre que el pacient genera la consulta i apareix a l'agenda del MAP. L'e-consulta és la que té menys demora, sent per la resta de tipus de consulta de quasi el doble. Cal tenir en compte que l'e-consulta es programa en el primer buit disponible per defecte; per contra, les telefòniques i presencials, es poden programar segons llista d'espera, conveniència del pacient i/o del metge, pel que aquest factor podria jugar també un paper limitant a l'hora d'interpretar els resultats.

Si prenem de base el criteri d'accessibilitat definit pel nostre sistema públic de salut, seria correcte estimar-la entre 2-5 dies, i amb els resultats obtinguts, podríem dir que l'accessibilitat d'aquesta MAP és correcte. Però recordem que només s'ha analitzat una consulta d'un contingent, i que en aquest cas, recordem que moltes consultes telefòniques i presencials s'han generat i programat en el mateix dia. Això és degut a que hi ha un tram de visites d'aquesta agenda que s'obre en el dia, per tant no es pot programar amb anterioritat. Aquest factor pot ser un biaix important a l'hora d'interpretar els resultats com una correcte accessibilitat, ja que sense aquest tram, molt possiblement els dies de demora augmentarien.

Per altra banda, si a pesar de disposar d'un gruix important de visites del dia, s'han trobat diferències estadísticament significatives pel que fa a la demora de la consulta en agendar-se, tot fa pensar que si analitzem altres agendes, aquesta demora es farà més evident.

Una altra dada important és el temps de resolució. L'e-consulta es resol fins i tot abans de que aparegui programada a l'agenda del MAP. Aquí també cal puntualitzar i recordar l'època d'anàlisi, en que algunes de les e-consultes, degut al volum de les mateixes no es podien programar en els següents 5 dies, i aleshores era gestionada o bé per agenda administrativa (les e-consultes no agendades es redirigeixen a una

agenda visible pel personal de Gestió i Serveis (GIS)) i eren inserides, o bé el mateix MAP, les resolïa des de la pantalla de l'eCAP on es recullen totes les e-consultes.

La resta de consultes, eren resoltes en el mateix dia que eren agendades. Aquest factor també crec que si s'analitzen més consultes, trobarem resultats diferents, ja que altres MAP, davant el volum de consultes telemàtiques i telefòniques que en ocasions es troben en el dia a dia, en ocasions es prioritzen determinats motius de consulta, i hi ha consultes no presencials que es resolen en dies posteriors al dia programat.

En aquest estudi, encara que les dades d'anàlisi són limitades, els resultats indiquen una pitjor accessibilitat a l'Atenció Primària per aquells pacients d'edat més avançada i amb més patologies, per contra de la facilitat que poden trobar aquelles persones més joves i sanes, que utilitzen l'e-consulta com via de comunicació amb el seu MAP. Això corrobora el risc de la Llei de cura inversa ²⁴, pel que seria cabdal buscar una estratègia per minimitzar aquest risc.

A més, encara que l'ús de l'e-consulta ha augmentat molt, segueix per darrera de la consulta telefònica, més emprada per pacients d'edat més avançada, i que pel moment, en moltes ABS segueix sent un problema per la saturació de les línies, qüestió que necessitaria una solució tecnològica que combini la via telefònica (via d'entrada pels pacients) i la digitalització (via d'arribada del missatge al professional sanitari).

Creo que seria pertinent ampliar el temps i l'àmbit d'estudi a tot Catalunya, demanant dades a nivell del Gabinet Tècnic i demanant l'aprovació al Comitè d'Ètica de l'IDIAP Jordi Gol per poder incloure altres variables socio-demogràfiques importants com el índex de privació MEDEA, nacionalitat, estat laboral, a més de les citades en aquesta recerca, per tal d'obtenir resultats més representatius del marc actual de l'Atenció Primària del nostre país. En cas que la hipòtesi obtinguda en aquest estudi es corroborés a nivell nacional, caldria que les institucions es plantegessin oferir a la població més vulnerable estratègies per minimitzar el risc de la Llei de cura inversa ²⁴ i de l'esclatxa digital ^{7,8,9,25}.

La pandèmia del COVID19 ens ha ofert l'oportunitat d'ampliar la transformació digital del nostre sistema sanitari, però ha sigut una condició "imposada" per la situació viscuda, en la que tant els pacients com els professionals ens hi hem intentat adaptar el més ràpidament possible. Una part de població ha trobat el seu ús, però n'hi ha una altra que s'ha trobat perduda. Aprofitem tot l'après i el que sabem ara de les nostres

eines, per treballar en la seva eficiència, afinant-les i adaptant-les per oferir a tota la població un accés equitatiu a la sanitat.

6. Conclusions

Dels resultats obtinguts, podem afirmar que el tipus de consulta més freqüent ha sigut la telefònica, sent el motiu de Salut el més freqüent: La visita presencial es troba en 2on lloc en freqüència i l'e-consulta en darrer lloc. En aquests dos tipus de consulta, la Salut també ha sigut la principal demanda.

El motiu Burocràtic ha sigut el segon motiu de consulta més freqüent en les consultes no presencials.

Hi ha diferències en l'accessibilitat a un MAP d'una ABS rural, segons el tipus de consulta que es demana, ja que l'e-consulta té menys demora en agendar-se que les consultes telefòniques o presencials, per tant és el tipus de consulta amb millor accessibilitat. A més, l'e-consulta s'ha pogut resoldre fins i tot abans de que aparegui a l'agenda del MAP, mentre que la resta s'ha resolt en el mateix dia que s'ha agendat.

Per alta banda, aquells pacients més joves, són els que utilitzen més freqüentment l'e-consulta. Per contra, les consultes telefòniques i presencials, són les que més demanen els pacients d'edat més avançada.

Al valorar quin tipus de consulta es demana segons el número de patologies que presenta el pacient hem obtingut que els usuaris de l'e-consulta presenten menor número de patologies que aquells que demanen una consulta telefònica o presencial.

Davant la necessitat o no de cita presencial per resoldre el motiu de consulta de les visites no presencials, hem objectivat que les e-consultes requereixen en menor grau d'una cita presencial per ser resolta, mentre que les consultes telefòniques, ho han requerit en més ocasions.

7. Les bases d'un nou projecte

Estem en una situació en la que el futur de l'AP precisarà d'ajustaments degut a la manca de professionals, augment de la població envellida i de la seva complexitat. Caldrà pensar en com reformular i optimitzar les visites, millorant al màxim el cribatge per cada tipus de consulta, així com assegurar una correcta equitat per l'accés al sistema sanitari, independentment de la via utilitzada per demanar una cita.

Aquest TFM s'ha plantejat com un estudi pilot per disposar de dades objectives i valorar l'escalabilitat d'aquesta investigació a un àmbit més ampli. Tenint en compte les limitacions de representativitat dels resultats, però corroborant a l'hora la hipòtesi inicial, crec que és necessari analitzar dades de tot el territori (SAP Alt Penedès-Garraf i/o altres territoris) per plasmar l'escenari en el que ens trobem, donat la possible dificultat que es troben alguns pacients per contactar amb el seu MdF.

Les dades preliminars ens avisen del risc que correm de que la població inclosa en l'escletxa digital es trobi afectada per la Llei de Cura inversa. Cal saber si és necessària una solució adaptada a aquest perfil de població.

La finalitat última d'aquest estudi seria legitimar el disseny d'una eina alternativa de comunicació amb el MdF o qualsevol professional sanitari present en una ABS, creant un canal de comunicació adaptat a les limitacions de les persones amb escassa alfabetització digital. La pandèmia ha fet palesa la iniquitat en aquesta comunicació, però previ al COVID19, la via telefònica com via de contacte amb AP, ja era un canal deficient.

Per això, m'he plantejat demanar al Gabinet Tècnic dades de tots els pacients de la SAP Alt Penedès-Garraf, amb la petició de l'Annex 1, així com també l'aprovació del Comitè d'Ètica de la IDIAP Jordi Gol, per poder publicar els resultats en revistes científiques. Per a tal efecte necessitaré la col·laboració del Tècnic de Salut de la meua zona.

Posteriorment, amb les dades definitives, enviaré la idea (disseny de la solució) a la Comissió d'Innovació Local de l'Àmbit d'Atenció Primària de Metropolitana Sud, per que sigui valorada i si passa els filtres d'adequació, possibilitar la seva creació.

Tot plegat forma part d'un projecte d'innovació, que pot millorar l'experiència del pacient en quelcom tan "bàsic" com entrar en contacte amb el sistema sanitari, sent aquest a vegades un primer esglaó de dificultat per un gruix important de la nostra població.

8. Annex 1

PETICIÓ PER L'EXTRACCIÓ DE DADES (A CÀRREC DEL GABINET TÈCNIC)

Arrel de la sensació subjectiva de molts professionals sanitaris i pacients respecte la dificultat per accedir al Metge de Família (MdF) via telefònica versus e-consulta, s'ha plantejat fer un anàlisi de les consultes telefòniques, e-consultes i visites presencials, referent a la demora en dies entre que el pacient genera la petició de consulta i la seva programació a l'agenda del seu MdF.

A més, la sospita és que els pacients més pluripatològics, són els que més utilitzen la via telefònica i presencial per ser atés pel seu MdF, pel que també seria interessant analitzar els motius de consulta, i algunes variables dels pacients per corroborar o descartar aquesta hipòtesi.

Per tant, amb l'objectiu general de determinar la diferent accessibilitat al MdF segons el tipus de consulta que es programa en una agenda d'un MdF de diferents ABS en època COVID19, i els següents objectius específics: conèixer les característiques socio-demogràfiques i número mig de patologies dels pacients, definir els motius de consulta més freqüents per cada tipus de visita, demano al Gabinet Tècnic l'extracció de les següents dades:

Equip: SAP Alt Penedès-Garraf (ABS Cubelles-Cunit, ABS Vilanova I, ABS Vilanova II, CAPI Baix a MAR, ABS Roquetes-Canyelles, ABS Sitges, ABS Sant Pere de Ribes-Olivella, ABS Vilafranca I, ABS Vilafranca II, ABS Vilafranca rural).

Població: pacients adscrits a les ABS especificades, que formen part dels contingents de Metge d'Atenció Primària aplantillat en dites ABS. S'exclouen per l'anàlisi aquells pacients ingressats en residències.

Període: Gener de 2021 fins Març de 2022.

Revisió de consultes:

- Tipus de consulta: 9T, 9E, e-consultes, 9R, 9C. Excloem per l'anàlisi les 9D.
- Motiu de consulta: : receptes, informes, incapacitat temporal (motius burocràtics), motius de salut, motius burocràtics + salut.

- Data de generació: data en que el pacient fa la demanda de consulta.
- Data de programació: data en que la consulta es programa en l'agenda del professional.
- Data de resolució: només per e-consultes, data en que el metge respon l'e-consulta, o tanca.
- Programada en espai predeterminat a l'agenda o inserida.
- Codi identificatiu de qui programa la consulta.
- Contingent de l'ABS al que pertany el pacient.
- Necessitat d'una visita presencial (9R o 9C), en els 3 mesos següents a la primera consulta realitzada.

Dels pacients que generen les consultes:

- Sexe: home, dona
- Edat: número sencer
- Nacionalitat
- Número de patologies cròniques actives, comptabilitzades com unitats, entre:
 - HTA: I10
 - DM1 i DM2: E11.9, E10.9
 - Hipercolesterolèmia: E78.00, E78.01
 - Cardiopatia Isquèmica: I25.9
 - Angina de pit: I20.9, I20.0
 - Accident Vascular Cerebral/AIT: I63.9, G45.9
 - Insuficiència cardíaca: I50.9, I50.30, I50.1, I50.20
 - Insuficiència renal crònica: N18.9
 - MPOC: J44.9
 - Asma: J45.909
 - Emfisema: J43.9
 - Fibril·lació Auricular: I48.91, I48.0.
 - Claudicació Intermitent: I73.9
 - Arteriopatia perifèrica: I73.9

- Règim de la Seguretat Social (segons BADAS): Pensionista, Alta, Similar a l'alta.
- Índex de privació MEDEA de cada ABS.

9. Bibliografia

- 1.- Pla D'enquestes de satisfacció del CatSalut. Atenció Primària: Medicina i Infermeria Familiar i Comunitària. Resultats globals de Catalunya. 2018. En línia. [Data de consulta: 20 de Març de 2022].
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5522/plaensa_atencio_primaria_2018_resultats_globals_catalunya.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- 2.- Colectivo Silesia. (2018) [En línia][Data de consulta: 29 de novembre de 2021]. Disponible a: <https://colectivosilesia.net/2018/12/12/la-trampa-de-la-accesibilidad/>
- 3.- López Seguí F, Walsh S, Solans O, Adroher Mas C, Ferraro G, García-Altés A, García Cuyàs F, Salvador Carulla L, Sagarra Castro M, Vidal-Alaball J. Teleconsultation Between Patients and Health Care Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation Analysis in a Retrospective Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res*. 2020 Sep 17;22(9):e19149. doi: 10.2196/19149. PMID: 32687477; PMCID: PMC7530682.
- 4.- Solans O, Vidal-Alaball J, Roig Cabo P, Mora N, Coma E, Bonet Simó JM, Hermosilla Pérez E, Saigí-Rubió F, Olmos Domínguez C, Piera-Jiménez J, Abizanda González M, López Seguí F. Characteristics of Citizens and Their Use of Teleconsultations in Primary Care in the Catalan Public Health System Before and During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Descriptive Cross-sectional Study. *J Med Internet Res*. 2021 May 27;23(5):e28629. doi: 10.2196/28629. PMID: 33970867; PMCID: PMC8163495.
- 5.- Generalitat de Catalunya. CatSalut. Servei Català de la Salut. [En línia]. [Actualitzat el 3/09/2021, data de consulta: 29 de Novembre de 2021]. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/>
- 6.- Gobierno de España. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad y la Información. Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativa de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario [Internet] Madrid; 2016 [Data de consulta 20 de novembre de 2021] 200p. Disponible a: https://www.ontsi.es/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf
- 7.- Torres Albero, Cristóbal. Sociedad de la información y brecha digital en España. *Panorama Social*. Numero 25, Primer Semestre, 2017. [En línia] [Data de consulta 20 de novembre de 2021] Disponible a: <http://www.orientamartamouliaa.es/wp-content/uploads/2017/09/Las-desigualdades-digitales.-Los-1%C3%ADmites-de-la-Sociedad-en-Red-FUNCAS-2017.pdf#page=19>
- 8.- Rodriguez JA, Betancourt JR, Sequist TD, Ganguli I. Differences in the use of telephone and video telemedicine visits during the COVID-19 pandemic. *Am J Manag Care*. 2021 Jan;27(1):21-26. doi: 10.37765/ajmc.2021.88573. PMID: 33471458.
- 9- Hsiao V, Chandereng T, Lankton RL, Huebner JA, Baltus JJ, Flood GE, Dean SM, Tevaarwerk AJ, Schneider DF. Disparities in Telemedicine Access: A Cross-Sectional Study of a Newly Established Infrastructure during the COVID-19 Pandemic. *Appl Clin Inform*. 2021 May;12(3):445-458. doi: 10.1055/s-0041-1730026. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34107542; PMCID: PMC8189758.
- 10.- Eberly LA, Kallan MJ, Julien HM, Haynes N, Khatana SAM, Nathan AS, Snider C, Chokshi NP, Eneanya ND, Takvorian SU, Anastos-Wallen R, Chaiyachati K, Ambrose M, O'Quinn R, Seigerman M, Goldberg LR, Leri D, Choi K, Gitelman Y, Kolansky DM, Cappola TP, Ferrari VA, Hanson CW, Deleener ME, Adusumalli S. Patient Characteristics Associated With Telemedicine Access for Primary and Specialty Ambulatory Care During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 Dec 1;3(12):e2031640. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.31640. Erratum in: *JAMA Netw Open*. 2021 Feb 1;4(2):e211913. PMID: 33372974; PMCID: PMC7772717.

11.- Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. *Syst Rev.* 2017 Jul 3;6(1):128. doi: 10.1186/s13643-017-0529-0. PMID: 28673333; PMCID: PMC5496327.

12.- Ruiz-Romero V, Martínez-Pillado M, Torres-Domínguez Y, Acón-Royo D, De Toro-Salas A, Cruz-Villalón F, Rivera-Sequeiros A. Evaluación de la satisfacción del paciente en la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19 [User satisfaction with telephonic consultations carried out during the COVID-19 pandemic.]. *Rev Esp Salud Publica.* 2021 Apr 16;95:e202104054. Spanish. PMID: 33859157.

13.- S. Gomes-de Almeida, T. Marabujo y M. do Carmo-Gonçalves. Grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Salud Familiar Vitrius con la teleconsulta durante la pandemia del COVID-19. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 47 (2021) 248---255. DOI: 10.1016/j.semerg.2021.01.005

14.- Sara Ares-Blanco, María Pilar Astier-Peña, Raquel Gómez-Bravo, María Fernández-García, José Miguel Bueno-Ortiz. *El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. Atención Primaria, Volume 53, Issue 8, 2021, 102134, ISSN 0212-6567.* <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134>.

15.- Societat Catalana de Gestió Sanitària (Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears). *Impacte de la pandèmia a les organitzacions sanitàries: propostes per a un nou sistema de salut. Vidre i mirall: covid-19, durant i després (1). Barcelona. En línia. [Data de consulta 28 de març de 2022]. Disponible a:*

http://dabaitieslc.sg-host.com/wp-content/uploads/2020/09/Vidre_SCGS_103-3_DEF.pdf

16.- Coma E, Miró Q, Medina M, Marin-Gomez FX, Cos X, Benítez M, Mas A, Fàbregas M, Fina F, Lejardi Y, Vidal-Alaball J. Association between the reduction of face-to-face appointments and the control of patients with type 2 diabetes mellitus during the Covid-19 pandemic in Catalonia. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021 Dec;182:109127. doi: 10.1016/j.diabres.2021.109127. Epub 2021 Nov 6. PMID: 34752800; PMCID: PMC8592525.

17.- C: Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermsilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract* 2020;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8>

18.- Coma, E., Guiriguet, C., Mora, N., Marzo-Castillejo, M., Benítez, M., Méndez-Boo, L., Fina, F., Fàbregas, M., Mercadé, A., & Medina, M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic and related control measures on cancer diagnosis in Catalonia: A time-series analysis of primary care electronic health records covering about 5 million people. *medRxiv.* <https://doi.org/10.1101/2020.11.26.20239202>

19.- Siso-Almirall, Antoni; Kostov, Belchin; Sánchez, Encarna; Benavent-Areu, Jaume; González-de-Paz, Luis. The impact of the Covid-19 pandemic on primary healthcare disease incidence rates: 2017 TO 2020. *Ann Fam Med* 2021;20:63-68.

<https://www.annfammed.org/content/annalsfm/20/1/63.full.pdf>

20.- Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N, Sanchez Luque U, Morrison D, Narejos Pérez S, Perez-Llano J, Salvador Vèrges A, López Seguí F. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria.* 2020 Jun-Jul;52(6):418-422. doi: 10.1016/j.aprim.2020.04.003. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32402477; PMCID: PMC7164871.

21.- Informe Impacto COVID en relaciones sociales y asistencia sanitaria. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP). En línia. [Data de consulta: 14 de Desembre de 2021]. https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/09/54471ISAS01-Baro%CC%81metro-Mayores-2021_II-1.pdf

- 22.- Informe de políticas: los efectos de la COVID-19 en las personas de edad. Naciones Unidas. En línea. [Data de consulta: 14 de Desembre de 2021]. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf
- 23.- GenCat. CatSalut. Servei Català de la Salut. En línea. [Data de consulta: 13 de Desembre de 2021]. <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/accés-sistema-salut/l·listes-espera/>
- 24.- Paddison CAM and McGill I (2022) Digital primary care: Improving access for all? Nuffield Trust
- 25.- Vidal-Alaball, J.; López Seguí, F. Ha llegado para quedarse: beneficios e inconvenientes de la eConsulta. *Aten Prim Pract.* 2020;2(1-2):100043. DOI: 10.1016/j.appr.2020.100043
- 26.- Manterola, Carlos ; Quiroz, Guissella; Salazar, Paulina; García, Nayeli. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2019; [consultat 31 de desembre de 2021] c 30(1) 36-49]. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
- 27.- Lozano Relaño, Manuel. Metodología cuantitativa: bioestadística bàsica. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; ANY [consultat 10 de gener de 2022].
- 28.- Fisterra [En línea]. Espanya. Data de consulta: 8 de novembre de 2021. Disponible a: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#media>
- 29.- Castiglia, V. Requisitos metodológicos y estadísticos para publicaciones científicas: Parte I. *Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol.*[Internet] 2000 Maig [Consultat el 11 de gener de 2022]. Vol. 66, No 1, págs. 70-74. Disponible a: https://www.aaot.org.ar/revista/1993_2002/2001/2001_1/660111.pdf
- 30.- División de Atención al Cliente y Calidad Área de Servicios y Calidad Servicio Catalán de la Salud –CatSalut. Plan de encuestas de satisfacción de asegurados del CatSalut por línea de Servicio (Atención Primaria, Hospitalaria, Sociosanitaria y Salud Mental). Metodología general. [Internet] 2003 [Consultat l'11 de Gener de 2022]. Disponible a: https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/documents/enquesta_metodologia_castella.pdf
- 31.- Gordóvil Merino, Amalia; Boixadós i Anglès, Mercè. Plantejament d'un estudi quantitatiu. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; ANY [consultat 30 de desembre de 2021]. Disponible a: https://materials.campus.uoc.edu/daisy/Materials/PID_00222066/pdf/PID_00222068.pdf
- 32.- Comitè de Bioètica de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Edició actualitzada de 2003. [Internet]. Barcelona. Edita: Direcció General de Recursos Sanitaris, 2003. [consultat el 13 de gener de 2022]. 64 pàg. Disponible a: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/guia_recomanacions_sobreconsentiment_informat.pdf
- 33.- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD). Boletín Oficial del Estado, número 294.
- 34.- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Diario Oficial de la Unión Europea (27 d'abril de 2016)
- 35.- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Boletín Oficial del Estado, número 29.

Les bases d'un nou projecte

Estem en una situació en la que el futur de l'AP precisarà d'ajustaments degut a la manca de professionals, augment de la població envellida i de la seva complexitat. Caldrà pensar en com reformular i optimitzar les visites, millorant al màxim el cribatge per cada tipus de consulta, així com assegurar una correcta equitat per l'accés al sistema sanitari, independentment de la via utilitzada per demanar una cita.

Aquest TFM s'ha plantejat com un estudi pilot per disposar de dades objectives i valorar l'escalabilitat d'aquesta investigació a un àmbit més ampli. Tenint en compte les limitacions de representativitat dels resultats, però corroborant a l'hora la hipòtesi inicial, crec que és necessari analitzar dades de tot el territori (SAP Alt Penedès-Garraf i/o altres territoris) per plasmar l'escenari en el que ens trobem, donat la possible dificultat que es troben alguns pacients per contactar amb el seu MdF.

Les dades preliminars ens avisen del risc que correm de que la població inclosa en l'escletxa digital es trobi afectada per la Llei de Cura inversa. Cal saber si és necessària un solució adaptada a aquest perfil de població.

La finalitat última d'aquest estudi seria legitimar el disseny d'una eina alternativa de comunicació amb el MdF o qualsevol professional sanitari present en una ABS, creant un canal de comunicació adaptat a les limitacions de les persones amb escassa alfabetització digital. La pandèmia ha fet palesa la iniquitat en aquesta comunicació, però previ al COVID19, la via telefònica com via de contacte amb AP, ja era un canal deficient.

Per això, m'he plantejat demanar al Gabinet Tècnic dades de tots els pacients de la SAP Alt Penedès-Garraf, amb la petició de l'Annex 1, així com també l'aprovació del Comitè d'Ètica de la IDIAP Jordi Gol, per poder publicar els resultats en revistes

científiques. Per a tal efecte necessitaré la col·laboració del Tècnic de Salut de la meua zona.

Posteriorment, amb les dades definitives, enviaré la idea (disseny de la solució) a la Comissió d'Innovació Local de l'Àmbit d'Atenció Primària de Metropolitana Sud, per que sigui valorada i si passa els filtres d'adequació, possibilitar la seva creació.

Tot plegat forma part d'un projecte d'innovació, que pot millorar l'experiència del pacient en quelcom tan "bàsic" com entrar en contacte amb el sistema sanitari, sent aquest a vegades un primer esglaó de dificultat per un gruix important de la nostra població.

Annex 1

PETICIÓ PER L'EXTRACCIÓ DE DADES (A CÀRREC DEL GABINET TÈCNIC)

Arrel de la sensació subjectiva de molts professionals sanitaris i pacients respecte la dificultat per accedir al Metge de Família (MdF) via telefònica versus e-consulta, s'ha plantejat fer un anàlisi de les consultes telefòniques, e-consultes i visites presencials, referent a la demora en dies entre que el pacient genera la petició de consulta i la seva programació a l'agenda del seu MdF.

A més, la sospita és que els pacients més pluripatològics, són els que més utilitzen la via telefònica i presencial per ser atés pel seu MdF, pel que també seria interessant analitzar els motius de consulta, i algunes variables dels pacients per corroborar o descartar aquesta hipòtesi.

Per tant, amb l'objectiu general de determinar la diferent accessibilitat al MdF segons el tipus de consulta que es programa en una agenda d'un MdF de diferents ABS en època COVID19, i els següents objectius específics: conèixer les característiques socio-demogràfiques i número mig de patologies dels pacients, definir els motius de consulta més freqüents per cada tipus de visita, demano al Gabinet Tècnic l'extracció de les següents dades:

Equip: SAP Alt Penedès-Garraf (ABS Cubelles-Cunit, ABS Vilanova I, ABS Vilanova II, CAPI Baix a MAR, ABS Roquetes-Canyelles, ABS Sitges, ABS Sant Pere de Ribes-Olivella, ABS Vilafranca I, ABS Vilafranca II, ABS Vilafranca rural).

Població: pacients adscrits a les ABS especificades, que formen part dels contingents de Metge d'Atenció Primària aplantillat en dites ABS. S'exclouen per l'anàlisi aquells pacients ingressats en residències.

Període: Gener de 2021 fins Març de 2022.

Revisió de consultes:

- Tipus de consulta: 9T, 9E, e-consultes, 9R, 9C. Excloem per l'anàlisi les 9D.
- Motiu de consulta: : receptes, informes, incapacitat temporal (motius burocràtics), motius de salut, motius burocràtics + salut.
- Data de generació: data en que el pacient fa la demanda de consulta.
- Data de programació: data en que la consulta es programa en l'agenda del professional.
- Data de resolució: només per e-consultes, data en que el metge respon l'e-consulta, o tanca.
- Programada en espai predeterminat a l'agenda o inserida.
- Codi identificatiu de qui programa la consulta.
- Contingent de l'ABS al que pertany el pacient.
- Necessitat d'una visita presencial (9R o 9C), en els 3 mesos següents a la primera consulta realitzada.

Dels pacients que generen les consultes:

- Sexe: home, dona
- Edat: número sencer
- Nacionalitat
- Número de patologies cròniques actives, comptabilitzades com unitats, entre:

HTA: I10

DM1 i DM2: E11.9, E10.9

Hipercolesterolèmia: E78.00, E78.01

Cardiopatia Isquèmica: I25.9

Angina de pit: I20.9, I20.0

Accident Vascular Cerebral/AIT: I63.9, G45.9

Insuficiència cardíaca: I50.9, I50.30, I50.1, I50.20

Insuficiència renal crònica: N18.9

MPOC: J44.9

Asma: J45.909

Emfisema: J43.9

Fibril·lació Auricular: I48.91, I48.0.

Claudicació Intermitent: I73.9

Arteriopatia perifèrica: I73.9

- Règim de la Seguretat Social (segons BADAS): Pensionista, Alta, Similar a l'alta.

- Índex de privació MEDEA de cada ABS.