



ORIGINAL

Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario

M. Sandín-Vázquez^{a,*} y P. Conde-Espejo^b, Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria

^a Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^b Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Recibido el 4 de marzo de 2010; aceptado el 17 de marzo de 2011

Disponible en Internet el 13 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Hiperfrecuentación;
Atención primaria;
Investigación
cualitativa;
Entrevistas
semiestructuradas

Resumen

Hiperfrecuentación: Percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario.

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) sobre aspectos sociales y de organización del entorno sanitario que contribuyen a la hiperfrecuentación.

Método: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas en centros de AP de 6 áreas de salud de la Comunidad de Madrid. Se realizaron 18 entrevistas, 3 por área (2 profesionales de medicina y 1 de enfermería). Se llevó a cabo un muestreo estructural en función de las variables que podían condicionar el discurso: área de salud, profesión, sexo y número de años trabajando. El análisis se realizó por 2 investigadoras, buscando la concordancia entre ambas.

Resultados: Dentro de los factores del ámbito social, perciben como determinantes la influencia de los medios de comunicación y la medicalización de la sociedad, la falta de educación sanitaria y de capacidad de autocuidado de la población y factores del contexto del paciente (sociales, laborales y familiares). Como factores de organización, la saturación del sistema sanitario, el funcionamiento de las consultas a demanda, el miedo a posibles demandas del paciente, los protocolos de crónicos, las consultas administrativas, la propia conducta del profesional y la mala coordinación con atención especializada influyen en la hiperfrecuentación.

Conclusiones: Según los profesionales de AP, hay múltiples factores del entorno, tanto social como de la organización del sistema de atención, que fomentan la hiperfrecuentación. Dentro del ámbito asistencial de actuación, medidas de tipo organizativo (como trabajo en equipo y coordinación con especializada) contribuirían a controlar la demanda.

© 2010 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.sandin@uah.es (M. Sandín-Vázquez).

KEYWORDS

Frequent attendance;
Primary care;
Qualitative research;
Semi-structured
interviews

Frequent attendance: the primary care professional's perceptions on the influence of social factors and health care system organisation**Abstract**

Frequent attendance: The primary care professional's perceptions on the influence of social factors and health care system organisation.

Objective: To find out the primary care (PC) professional's perceptions on the social factors and healthcare system organisation that influence frequent attendance.

Method: A qualitative study using semi-structured interviews in Primary Care Centres of six Health Areas in the Community of Madrid. Eighteen interviews were conducted, three per area (two physicians and one nurse). Structural sampling was carried out with regards to the variables that could influence the discourse: health area, occupation, sex and number of years worked. The transcriptions were analysed by two investigators and an agreement of interpretation was reached.

Results: Among the social factors, health professionals perceived as determining factors: the influence of the media and the medicalization of society, lack of health education and self-care abilities of the population and contextual factors of the patient (social, work and family). Among the health care organisation factors that could influence frequent attendance were, system saturation, appointment on demand, fear of potential lawsuits by the patient, chronic patients protocols, administrative consultations, professional behaviour, and poor coordination with specialised care.

Conclusions: According to PC professionals, there are multiple environmental factors, both social and healthcare system organisational factors that encourage frequent attendance. Within the scope of health care system, organisational actions (such as teamwork and coordination with specialists) would help to manage demand.

© 2010 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La hiperfrecuentación es un fenómeno que afecta a la calidad de la asistencia en la atención primaria (AP)¹⁻⁴, ya que produce un aumento en la carga de trabajo para los profesionales y genera grados altos de malestar que terminan por traducirse en conflictos en la relación profesional-paciente⁵, siendo además uno de los factores identificados como precipitantes del llamado *burnout* profesional⁶.

Los factores que influyen en la utilización de consultas de AP se pueden clasificar en tres niveles: del usuario, del profesional y de la organización⁷. La mayoría de los trabajos que se han realizado hasta ahora para analizar el fenómeno de la hiperfrecuentación se centran en las características del usuario⁸. Sin embargo, estudios que utilizan metodología multinivel han podido comprobar que los factores del profesional y de la organización llegaron a explicar el 55%⁹ y el 63%¹⁰ de la variabilidad de la utilización de las consultas de AP. Revisando la literatura sobre la hiperfrecuentación, no hay ningún estudio en el que se describa qué factores del entorno (relacionados con la organización del sistema de atención y del profesional, así como con aspectos sociales) pueden estar influyendo en la hiperfrecuentación.

Este trabajo es parte de un estudio más amplio destinado a conocer la percepción de los profesionales sanitarios de AP sobre los criterios para definir la hiperfrecuentación, así como sus percepciones sobre los motivos de las visitas de los pacientes y su relación con ellos¹¹. En él también se analizó, desde la perspectiva de los profesionales, cuáles eran los factores sociales y de organización del entorno sanitario que

podrían contribuir al fenómeno de la hiperfrecuentación, resultados que se presentan a continuación.

Métodos

Dada la naturaleza de los objetivos de este trabajo, se optó por la metodología cualitativa, y se realizó un estudio descriptivo, desde una perspectiva estructural, que permite realizar el análisis del discurso¹². Este método de investigación toma como centro a los sujetos actores¹³, en nuestro caso, los profesionales sanitarios de los equipos de AP de 6 áreas de salud de la Comunidad de Madrid. Se trata de captar la riqueza de las experiencias de las personas en sus propios términos, palabras y visiones, intentando entender el mundo subjetivo de los participantes del estudio¹⁴.

Como técnica de recogida de información se utilizó la entrevista semiestructurada, ya que es especialmente útil cuando interesa recoger la visión subjetiva de los actores sociales, máxime cuando se desea explorar los diversos puntos de vista representantes de las diferentes posturas que pudieran existir en torno a lo investigado¹⁵.

En el artículo previo¹¹, se presentó la guía temática de las entrevistas referida a los objetivos específicos de la investigación. Este artículo presenta el análisis correspondiente a la última pregunta sobre la influencia de la organización del entorno sanitario en el trabajo diario y su repercusión en el problema de la hiperfrecuentación (ya que, por su extensión, no se pudo incluir en el artículo anterior).

El diseño muestral es estructural, en función de las variables que podían condicionar el discurso: área de salud (para intentar recoger posibles diferencias por población atendida), profesión (medicina o enfermería, por las diferentes funciones del trabajo), sexo (por posibles diferencias de opinión en hombres y mujeres) y número de años trabajando. La población del estudio está constituida por 18 profesionales (de medicina y enfermería) de las áreas 1, 3, 7, 8, 9 y 10 de salud de la Comunidad de Madrid (manteniendo la relación 1:1 para sexo y 2:1 para medicina-enfermería en cada área de salud, cuyas características están descritas en el artículo previo¹¹).

El trabajo de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2007 y abril de 2008. Se realizaron 18 entrevistas con los profesionales de las áreas ya citadas. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron llevar al menos 1 año atendiendo a los mismos pacientes, tener pacientes hiperfrecuentadores en el cupo atendido (definidos como aquellos que presentan un número superior de visitas al que le corresponderían en función de su perfil de riesgo, ya que no hay un criterio cuantitativo consensuado para definirlos⁸) y considerar la hiperfrecuentación como un problema de relevancia en la AP (se excluyó la especialidad de pediatría). El contacto inicial con los profesionales se realizó por parte de las técnicas de salud de las 6 áreas que participaron en el diseño del estudio.

Las entrevistas, realizadas por dos investigadoras, tuvieron una duración media de 45 min y se realizaron en los centros de salud donde desarrollan su labor asistencial los profesionales entrevistados. El discurso producido se grabó en audio, previo consentimiento informado del entrevistado, se transcribió y se realizó el posterior análisis y la interpretación.

Basándonos en el enfoque de análisis en progreso¹⁶, se seleccionaron las frases de los profesionales que mejor reflejaban sus opiniones en relación con los objetivos; se relacionaron y agruparon en función de la estructura de las entrevistas, y se identificaron grupos de temas y categorías emergentes, que surgieron a lo largo de las mismas. Finalmente, se estructuraron en los ejes informativos que dan cuenta de las perspectivas de los profesionales, a partir de la comprensión de las significaciones y los sentidos incorporados en sus discursos.

Dichos análisis e interpretación de la información recogida se efectuaron, en primera instancia, por la investigadora que realizó las entrevistas y, posteriormente, fueron contrastados y supervisados por la otra investigadora del estudio, para mejorar la validez de la investigación con la triangulación de investigadoras¹⁷ (tanto en el análisis como en la interpretación de los discursos). Ninguna de los dos investigadoras conocía ni tuvo contacto previo con los participantes antes de realizar la entrevista.

Resultados

De manera general, tras el análisis, se puede indicar que no se presentan diferencias en los discursos de los profesionales por áreas de salud, sexo ni años trabajados. Sin embargo, sí se encontraron diferencias en función de la profesión (medicina y enfermería), relacionado con las diferentes competencias de cada puesto. Además, a lo largo de

las entrevistas, los profesionales propusieron acciones de mejora que en su opinión reducirían la hiperfrecuentación y, por lo tanto, la carga asistencial. Se exponen a continuación los resultados de los ejes informativos aportados por los profesionales en función de los objetivos del estudio.

Factores del ámbito social (tabla 1)

Los medios de comunicación y la medicalización de la sociedad

Tanto desde medicina como desde enfermería, los profesionales hablan de que la propia sociedad crea demanda, es decir, hay una medicalización de la sociedad (todos los problemas se pueden «tratar» médicamente), apoyada por los medios de comunicación y por los intereses farmacéuticos. La información médica y de salud que aparece en los medios de comunicación es contradictoria y dudosa, y fomenta que la población acuda a preguntar sobre esos nuevos tratamientos, aumentando así la carga asistencial.

Falta de educación para la salud y capacidad de autocuidado en la población

Los profesionales tienen la sensación de que las campañas de educación para la salud, prevención y autocuidados no funcionan adecuadamente. El sistema de salud ha medicalizado gran cantidad de situaciones de la vida que antes se resolvían de manera natural con el apoyo de las redes sociales y familiares. Según los profesionales, actualmente la población ante problemas cotidianos, acude a consulta demandando pruebas o tratamientos innecesarios. Creen que se ha perdido la capacidad de auto cuidado, y se ha convertido a las personas en dependientes del sistema sanitario, exigiendo además pruebas para sentirse bien atendidos.

También se habla de un cambio de mentalidad, en el concepto de asistencia, de las generaciones pasadas a las generaciones actuales. Según los profesionales, la población joven ha pasado de considerarse «paciente» a considerarse «cliente», lo que se relaciona con la actual sociedad de consumo. La población joven acude al médico porque consideran que es un servicio que ellos pagan y que, por lo tanto, tienen que recibir asistencia cuando lo consideren.

El contexto del paciente: problemas sociales, laborales y familiares

Los profesionales también son conscientes de que las situaciones laborales, familiares y económicas adversas de los pacientes se traducen en problemas y dificultades que estos tratan de resolver en el sistema sanitario. Estas situaciones también supondrían un aumento del número de visitas al centro de salud. Según los participantes, en estos casos, los sistemas públicos son un espacio de encuentro y el lugar donde se los escucha. Es decir, el sistema sanitario está sustituyendo otro tipo de recurso social necesario para este tipo de población.

Factores del ámbito organizacional (tabla 2)

Saturación del sistema sanitario

Según los profesionales de AP, el sistema sanitario está saturado. Hay falta de recursos, falta de tiempo y falta de personal, lo que conlleva que la calidad de la visita sea

Tabla 1 Principales ejes informativos aportados por los profesionales de AP sobre los factores sociales que fomentan la hiperfrecuentación y expresiones extraídas de sus discursos

Los medios de comunicación y la medicalización de la sociedad	«... A lo mejor es una exageración, pero la sensación que hay en cuanto a anuncios, en cuanto a todo, es eso, medicalizarlo, medicalizarlo, que si vacunas, que si esto... Luego la información muchas veces es errónea. Programas de no sé qué, y vaya usted al médico, los anuncios, si tiene alguna duda consulte a su médico, si tal...» (MED) «... pienso que los medios de comunicación también facilitan el que la gente consumamos la salud de una manera, que además está de moda...» (ENF)
Falta de educación para la salud y capacidad de autocuidado en la población	«... se cae el niño y se hace un chichón, y a los 2 min de hacerse el chichón la madre viene a que le hagas un escáner por si el niño se va a morir de un derrame cerebral...» (MED) «... el tema de los autocuidados supone que (los pacientes) se tienen que implicar mucho y es que eso no impregna en la gente...» (ENF)
El contexto del paciente: problemas sociales, laborales y familiares	«... personas mal adaptadas, con trastornos de adaptación al estrés realmente, su familia, su trabajo, pues qué bueno, pues sufren cualquier mínima adversidad y ya o el estrés, la ansiedad o la depresión, pero acuden para, pues, muchas veces para buscar incluso un período de baja laboral para huir del problema...» (MED) «... están llamando la atención, no saben qué pasa en su vida, no saben qué les está pasando, y vienen, vienen a que tú..., vienen a decirte una chorrada, que no es verdaderamente lo que les pasa...» (ENF)

peor y que, como consecuencia, los pacientes vuelvan a la consulta hasta que consideren que han sido bien atendidos, aumentando por tanto la hiperfrecuentación. La falta de tiempo para desarrollar un buen diagnóstico supone posteriormente nuevas visitas para confirmaciones o distintas valoraciones por parte del profesional.

Funcionamiento de consultas a demanda

El propio funcionamiento «a demanda» de la AP supone, según los profesionales, que tanto el desarrollo de las actividades asistenciales como el número de visitas dependan en gran medida de la voluntad y el criterio de los pacientes.

Miedo a posibles demandas

Tanta es la influencia de los pacientes en la actividad de los profesionales sanitarios que, según los profesionales de enfermería (siendo este el único eje informativo que no apareció en los discursos de los profesionales de medicina), en la consultas de AP a veces se actúa por miedo a posibles demandas. Cuando los pacientes reclaman nuevas pruebas porque no están satisfechos con el diagnóstico o tratamiento (es decir, no han visto cumplidas sus expectativas de atención), los profesionales «ceden» y los introducen en el sistema sanitario por no crear conflicto, aunque piensen que no es estrictamente necesario, lo que, a su vez, aumenta la carga asistencial.

Funcionamiento en atención primaria

Uno de los factores en los que coinciden desde medicina y enfermería como elemento influyente en la hiperfrecuentación es la inclusión de los pacientes en protocolos de seguimiento para crónicos, de carácter muy rígido, haciéndoles acudir al centro de salud muy a menudo.

Además, la organización del sistema de recetas y las consultas administrativas y/o burocráticas suponen un número alto de visitas. Los profesionales opinan que si se reorganizaran al respecto, tendrían más tiempo para llevar a cabo una

consulta de calidad centrada en el paciente y su problema de salud, evitando visitas posteriores.

También reconocen que parte del alto número de visitas es responsabilidad del propio hacer del profesional en la consulta. Mencionan como responsabilidad la planificación de las consultas para reducir en lo posible su número, así como la inseguridad en los diagnósticos, que induce a volver a citar al paciente o derivarlo a especializada. Por lo tanto, consideran que ellos mismos también contribuyen a la hiperfrecuentación.

Coordinación con atención especializada

Uno de los principales problemas que refieren los profesionales de AP es la relación con la atención especializada. Dentro de este ámbito hay, a su vez, diversos factores que influyen en el aumento del número de visitas. Uno de ellos es la falta de comunicación (tanto clínica como administrativa) que se detecta entre AP y especializada, calificando la relación como «difícil». Se perciben como dos estamentos separados, sin comunicación fluida ni coordinación, lo que supone dificultades para una continuidad asistencial de calidad.

Esta falta de comunicación (ejemplificada con el hecho de no usar el parte interconsulta primaria-especializada), a su vez, incide en la calidad de la asistencia que recibe el paciente.

Los tiempos de espera en la atención especializada suponen, según los profesionales de AP, una carga asistencial añadida en los centros de salud. Los pacientes que entran en lista de espera para ser atendidos por el especialista continúan acudiendo a AP hasta dar paso al siguiente nivel.

Hablan, además, de la falta de conocimiento de los especialistas sobre la saturación de AP y tienen la sensación de que no los tienen en cuenta. El especialista vuelve a citar al paciente en un plazo de tiempo muy prolongado y, mientras tanto, le dice al paciente que acuda a AP para los seguimientos, en ocasiones, más de lo necesario, según lo percibido por los profesionales de AP.

Tabla 2 Principales ejes informativos aportados por los profesionales de AP sobre los factores organizacionales del entorno que fomentan la hiperfrecuentación y expresiones extraídas de sus discursos

Saturación del sistema sanitario y mala calidad de la consulta de AP	<p>«... esa saturación conlleva muchas veces a no resolver en la primera visita problemas que pudieran resolverse y, por tanto, llevar a una hiperfrecuentación...» (MED)</p> <p>«... esa calidad se ve un poco afectada por la cantidad. Y en esas circunstancias lo que estamos generando es hiperfrecuentadores...» (MED)</p>
Funcionamiento de consultas a demanda	<p>«... La AP es muy sencilla... El paciente manda. Y ahí no hay ley que lo cambie, ni nadie que diga lo contrario. Entonces, estás siempre un poco a sus expensas... Da lo mismo que al administrativo le digas que tienes 80 pacientes, que hay mucha gente, él se viene sin cita, pasa, oye, te paso una urgencia. Da lo mismo que sea banal, que sea absurdo, que sea tonto, que le hayas visto ayer, que le hayas visto anteayer o que le hayas citado ya para mañana para volver a revisarlo. Si él dice que hoy, hoy. Entonces, siempre sale a expensas de los pacientes, de los pacientes o de su entorno...» (MED)</p> <p>«Ay mi niña, ay mi niña, qué le pasa, y vienen, te insisten, y muchas veces es peor la madre que la niña, la madre que acompaña, que te viene 40.000 veces, y que no la convences de ninguna manera de que a su hija no le pasa nada, pues algo tendrá, y habrá que hacerle y no habrá que hacerle, y análisis, y saldrá y no saldrá» (MED)</p> <p>«Yo pienso que el hiperfrecuentador cree que tiene muchos derechos y además tiene que ser cuando él quiere, siempre, el día que él quiere, el día que le viene bien y como él quiere» (ENF)</p>
Miedo a posibles demandas	<p>«... Los tenemos aquí porque nosotros mismos los metemos dentro del sistema. Muchas veces por defendernos y por evitar problemas...» (ENF)</p> <p>«Están acojonando todos los días que si hay una sentencia de no sé qué, que si tal, yo lo expliqué, hombre, hice un texto resumido, pero lo expliqué en su historia» (ENF)</p>
Funcionamiento de AP	<p>Inclusión del paciente en protocolos: «... los crónicos, con las revisiones de tensión, de azúcar, de colesterol, vienen muy a menudo porque los protocolos que llevamos son de que vengan muy a menudo...» (MED)</p> <p>«... el sistema sanitario les ha hecho venir tres o cuatro veces al año, les ha puesto unos protocolos, o ha puesto unos protocolos de revisiones mensuales al principio...» (ENF)</p> <p>Burocracia: «Si en vez de hacer papeles burocráticos al mismo paciente para hacerle la misma receta,+ me dedicara a ver a aquel que viene por primera vez con una queja diferente, lo evaluaría de otra manera» (MED)</p> <p>«También las recetas, hace que tengas que venir cada mes o 2 meses o 3 meses a recogerlas...» (ENF)</p> <p>Demanda inducida por el profesional de AP: «... Yo creo que es mucho fallo nuestro, de decirle, toma esto y si no está bien vuelve. Y el "vuelve" supone otra visita...» (MED)</p> <p>«... hay algunos profesionales que, ante esa inseguridad de no haber acertado, derivan muchas veces para ver cómo evoluciona o le hacen más pruebas, o lo citan más veces. Eso también provoca más hiperfrecuentación. La hiperfrecuentación provocada por nosotros...» (ENF)</p>
Mala coordinación con atención especializada	<p>«... Si lo viera el especialista dentro de una semana, pues el especialista ya lo empieza a ver, le pide, le hace lo que sea, ya le dirá. Pero hasta que lo vea (la consulta de AP), sigue siendo su recurso (refiriéndose al paciente). La lista de espera en especializada nos afecta a nosotros...» (MED)</p> <p>«... Y durante 1 mes tú tienes a esa persona que está perfectamente controlada tomándole la presión todas las semanas y todas las semanas apuntándole 11-7, 11-7, 11-7. Y tú dices: "pero, por Dios". Y ese señor no tiene otro nuevo control con el especialista hasta, a lo mejor, dentro de 8 meses, que esas son las contradicciones...» (ENF)</p> <p>«No dan a los pacientes los volantes de ambulancia tras un ingreso, no prescriben los primeros tratamientos, no los citan para las revisiones...» (MED)</p>

También explican que, desde especializada, han abandonado un gran número de tareas administrativas y burocráticas que repercuten en el desarrollo del trabajo diario de AP, ya que inducen al paciente a acudir de nuevo al centro de salud.

Otro problema es la diferente atención que el paciente recibe de su médico de AP y del especialista. Los profesionales de AP opinan que los pacientes no se sienten bien

atendidos cuando acuden a especializada y vuelven a sus consultas a quejarse de dicha atención.

Las propuestas de los profesionales de mejoras organizacionales para reducir la sobrecarga asistencial y la hiperfrecuentación se ilustran en la [tabla 3](#).

Los profesionales de AP, a lo largo de su discurso, también propusieron acciones de mejora. Además de fomentar la coordinación y comunicación con atención especializada,

Tabla 3 Propuestas de los profesionales de atención primaria de mejoras organizacionales para reducir la sobrecarga asistencial y la hiperfrecuentación*Relacionadas con el trabajo en equipo en AP y la formación*

Implantación de la unidad familiar en AP (profesional de medicina, de enfermería y trabajador social):

«La unidad en atención familiar, médico-enfermera, con el apoyo en su momento del trabajador social... a mí me parece un criterio aceptablemente bueno, el equilibrio estaría aceptable, ya es una buena distribución del equipo» (MED)

Fomento del trabajo multidisciplinario con el resto de los profesionales del centro de AP (medicina, enfermería, trabajo social, psicólogos, administrativos, etc.), con distribución de roles y de carga de trabajo:

«La atención primaria tiene también una labor interdisciplinaria, el personal médico, enfermería, trabajador social, administrativos, pues la distribución de roles entre unos y otros haría que la carga de ese trabajo se distribuyera bastante bien» (MED)

Programas de formación para los profesionales en técnicas para la gestión y el control de la demanda:

«Cuando llega un momento que tú si en la gestión de la consulta ves que tu tiempo se está comiendo por este tipo de problemas (de hiperfrecuentación), es que entonces estás dejando de hacer otras cosas que son de tu competencia, de salud» (ENF)

Relacionadas con temas administrativos y burocráticos

Eliminación de los temas administrativos en consulta (recetas, partes de baja, informes):

«... para solucionar este problema y para repartir un poco y compartir. ¿Qué se necesita? Pues más plazas... y un poco compartir y descongestionar una consulta y sacar una parte de la consulta administrativa a la unidad administrativa...» (ENF)

Delimitación de los circuitos que siguen los pacientes y fomento de la tarjeta sanitaria electrónica para la mejora del manejo y control de la información de diagnósticos, pruebas, etc.:

«Que al paciente le den la medicación una vez al mes y ya está, y desde la farmacia. Eso a nosotros nos disminuiría mucho la demanda, porque ya no estaría el paciente que viene cada 2 días a por una receta o a por un volante, o a por un...» (MED). «Delimitar, pues, eso detalladamente, los circuitos que siguen los pacientes en función de las demandas que hacen... tener una respuesta eficaz y rápida, por el paciente y por ti, por los dos» (ENF)

Relacionadas con la coordinación y comunicación con especializada

Mejora de la comunicación primaria-especializada, a través de bases de datos comunes de las historias clínicas de los pacientes:

«Si abordáramos mejor esas relaciones, o esa comunicación entre primaria y especializada, se ahorraría uno probablemente un número de consultas al año» (MED)

Rotación de los especialistas por los centros de AP para aumentar el conocimiento de su funcionamiento:

«... Los nuevos programas de las especialidades van a obligar a todas las especialidades a rotar por AP con el objeto de fomentar ese conocimiento, lo que filtras, lo que contienen, lo que derivas, y ayudar en los dos sentidos, a mejorar la relación» (MED)

dentro de su ámbito cotidiano de trabajo en la consulta de AP, las mejoras más planteadas fueron: el fomento del trabajo en equipo medicina-enfermería, que evitaría la duplicación de consultas y contribuiría a disminuir la carga asistencial y la hiperfrecuentación, y la colaboración con la unidad administrativa, para reducir las consultas burocráticas, de partes de baja, de recetas, etc.

Discusión

Son múltiples los factores que contribuyen a la hiperfrecuentación y, por lo tanto, al mal funcionamiento de las consultas de AP. Factores relacionados con el paciente y sus características han sido más frecuentemente estudiados¹⁸⁻²⁰, pero como reflejan los profesionales, hay diversos factores del entorno, relacionados con la organización asistencial, que fomentan un número elevado de visitas que se podrían reducir.

Entre los factores externos al sistema sanitario, los profesionales hablan de los determinantes sociales de salud como

uno de los elementos que influyen en el aumento del número de consultas. Tanto la medicalización de los procesos cotidianos de la vida (fomentada por los medios de comunicación) como los problemas laborales o familiares hacen que las personas acudan a los centros de AP a buscar soluciones que se escapan a las capacidades de respuesta del ámbito sanitario¹¹. Si las condiciones de vida de los pacientes no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino que están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales, las decisiones políticas que influirán en la salud de las personas deberían ser tomadas en otros ámbitos públicos y privados, políticos y civiles²¹.

Respecto a factores de la organización asistencial (que son los realmente gestionables desde el sistema de atención), los profesionales denuncian que la saturación del sistema sanitario es un importante factor que contribuye a la hiperfrecuentación. Protocolos de crónicos muy rígidos unidos a la burocratización de las consultas hacen que los profesionales tengan menos tiempo para hacer una consulta integral de calidad, que podría evitar en muchos casos consultas futuras. Dichos protocolos implican un número

excesivo de visitas al centro de salud que incrementan innecesariamente la demanda⁷. Es lo que Gervás denomina «introducción de pautas burocratizadoras en la práctica clínica»²², que restan tiempo al profesional para la atención de calidad al paciente, ya que aumentan la masificación. Y si las consultas no son resolutorias, esas mismas personas vuelven de nuevo al sistema para intentar encontrar otra alternativa²³, por lo que se fomenta la hiperfrecuentación. Estudios anteriores indican que el uso previo de los servicios sanitarios favorece la utilización posterior²⁴, por lo que el proceso se retroalimenta. En el caso concreto de enfermería, además, se une el temor a las posibles demandas por la falta de cumplimiento de las expectativas del paciente (que, a su vez, influyen en la frecuentación²⁵), situación que podría mejorar si se aumentara la capacidad resolutoria de estos profesionales, siempre desde el trabajo coordinado con el resto de los profesionales de AP²⁶.

El trabajo en equipo dentro de AP, extraer las tareas administrativas de la consulta y la mejora de la coordinación con especializada son factores clave de la organización del sistema que los profesionales identifican como oportunidades para la reducción de la hiperfrecuentación y, por lo tanto, de la carga asistencial. Otros estudios también han identificado estos factores como clave²⁷⁻²⁹. Respecto a la coordinación entre niveles asistenciales, no conocer la atención recibida por el paciente en AE hace que el profesional de AP no pueda abordar de manera integral el problema de salud y, por lo tanto, mina su capacidad resolutoria³⁰, lo que influye en el fomento de nuevas consultas. La buena coordinación primaria-especializada podría contribuir a evitar derivaciones innecesarias, acortar el tiempo de diagnóstico, facilitar la continuidad asistencial y planificar los cuidados, lo que mejoraría la atención recibida y evitaría, a su vez, nuevas consultas. Una tarea pendiente en la gestión sanitaria es hallar el modo de mejorar el clima de la organización para aumentar la calidad de vida profesional³¹, y propuestas como las expuestas por los propios profesionales podrían contribuir a ello, mejorando con ello la calidad asistencial y disminuyendo así el número de consultas innecesarias.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado con una subvención de investigación del Instituto de Salud Carlos III (Proyecto de Investigación FIS Multicéntrico: 06/1122).

Bibliografía

1. Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:47-58.
2. Turabian JL, González Morales MA, López de Castro F, Gallego JC, González Palanis P, Moya A, et al. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. *Rev San Hig Pub*. 1988;62:1645-54.
3. Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. La masificación y el aumento de la presión asistencial que sufren los médicos de atención primaria. 1 y 2 de junio de 2001 [citado 13 Jul 2009]. Disponible en: <http://www.comtf.es/doc/MasificacionAtencionPrimaria.htm>.
4. Sihvonen M, Kekki P. Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scand J Prim Health Care*. 1990;8:233-9.
5. Alameda Cuesta A, Pazos Garcíandía A. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:863-75.
6. Rodríguez Muñoz C, Cebrià Andreu J, Corbella Santomà S, Segura Bernal J, Sobreques Soriano J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*. 2003;13:143-50.
7. Casajuana Brunet J, Bellón Saameño JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003. p. 84-109.
8. Sarria Santamera A, Timoner Aguilar, Sandín Vázquez M. Frecuentación en Atención Primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36:471-2.
9. Hurley J, Woodward C, Brown J. Changing patterns of physician services utilization in Ontario, Canada, and their relation to physician, practice, and market-area characteristics. *Med Care Res Rev*. 1996;53:179-206.
10. Martínez-Cañavate T, Bellón JA, Delgado A, Luna JD, López LA, Lardelli P. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y la organización. *Aten Primaria*. 2004;34:137-8.
11. Sandín Vázquez M, Conde Espejo P, y Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Rev Calidad Asistencial*. 2010;25:21-7.
12. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:423-36.
13. Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:545-59.
14. Fernández de Sanmamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1995;2:23-8.
15. Blasco Hernandez T, Otero García L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación [revista electrónica]* 2008 Mar-Abr n.º 33 [citado 13 Jul 2009]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm.
16. Taylor SJ, Bogdan R. El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. In: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990. p. 152-76.
17. Ruiz Olabuénaga, JI. El control de calidad. En: *Metodología de la investigación cualitativa*. 4.ª ed. Serie Ciencias Sociales, vol 15. Deusto; 2007. p. 83-117.
18. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria*. 2004;33:78-85.
19. Guerra de Hoyos JA, De Anca Contreras IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2007;39:349-54.
20. Rodríguez Muñoz C, Cebrià Andreu J, Corbella Santomà S, Segura Bernal J, Sobreques Soriano J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*. 2003;13:143-50.

21. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga O. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010;24 Suppl 1: 1–6.
22. Gérvás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:472–7.
23. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med.* 2005;3:318–23.
24. Bellón Saameño JA, Sánchez Ruiz-Cabello J, Ortiz González L. La gestión del tiempo en la consulta. In: *AEPap Ed. Curso de Actualización Pediatría 2008.* Madrid: Exlibris; 2008. p. 291–8.
25. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Aten Primaria.* 2006;37:195–202.
26. Servicio Madrileño de Salud. Plan de mejora de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Papel de enfermería en Atención Primaria. Comunidad de Madrid; 2009.
27. Garrido Elustondo S, Molino González AM, López Gómez C, Arrojo Arias E, Martín Bun M, Moreno Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calidad Asistencial.* 2009;24:263–71.
28. Martín Zurro A, Ledesma Castelltort A, Sans Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria.* 2000;25:48–58.
29. Carreras Viñas M, Blasco Ros M, Rodríguez Herce C, Ube Pérez J, Gómez Cano MP. Continuidad de cuidados. Coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria en la Zona de Salud de La Rioja Baja. *Nursing.* 2003;21:43–50.
30. Minué Lorenzo S. Continuidad asistencial y coordinación entre niveles. ¿Algo más que lugares comunes? *SEMERGEN.* 2005;31:401–2.
31. Muñoz-Seco E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria.* 2006;37:209–14.