



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

*INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES*

DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ”

**PERCEPCIÓN DEL MÉDICO HACIA LOS PACIENTES  
HIPERUTILIZADORES EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE.**

*Trabajo final de investigación  
Para obtener el diploma de Especialista en:*

***MEDICINA FAMILIAR***

Presenta:

***DR. RENÉ RAMÍREZ ORTEGA***

México, D. F. 2007

No de Registro: 354.2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PERCEPCIÓN DEL MÉDICO HACIA LOS PACIENTES  
HIPERUTILIZADORES EN LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE.**

*Trabajo final de investigación para obtener el diploma de Especialista en: **MEDICINA FAMILIAR***

**Presenta:**

**DR. RENÉ RAMÍREZ ORTEGA**

**AUTORIZACIONES:**

**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. “DR IGNACIO CHÁVEZ”**

---

**DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS  
MÉDICO FAMILIAR  
PROFESOR TITULAR “A” TC  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.  
ASESOR**

---

**PERCEPCIÓN DEL MÉDICO HACIA LOS PACIENTES  
HIPERUTILIZADORES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE.**

*Trabajo final de investigación para obtener el diploma de  
Especialista en: MEDICINA FAMILIAR*

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR**

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA. U. N. A. M.**

---

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA. U. N. A. M.**

---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA. U. N. A. M.**

---

**PERCEPCIÓN DEL MÉDICO HACIA LOS PACIENTES  
HIPERUTILIZADORES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR “DR. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE.**

*Trabajo final de investigación para obtener el diploma de  
Especialista en: MEDICINA FAMILIAR*

**Presenta:**

*DR. RENÉ RAMÍREZ ORTEGA*

**AUTORIDADES DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE**

**DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA.  
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE.**

---

**DR. LUIS ALBERTO BLANCO LOYOLA  
MÉDICO FAMILIAR.  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA C. M. F.  
“DR. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE.**

---

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>1</b>
<b>1.- MARCO TEÓRICO.</b>	<b>4</b>
1.1 Antecedentes.	4
1.1.1 Definición de paciente hiperutilizador.	7
1.1.2 Panorama epidemiológico.	11
1.1.3 Utilización de los servicios de salud.	14
1.1.3.1 Motivos de consulta.	18
1.1.3.2 Tipo de consulta.	24
1.1.4. Factores que influyen en la utilización de los servicios de salud.	27
1.1.4.1 Socioculturales.	30
1.1.4.2 Organización Médica.	32
1.1.4.3 Relativos al paciente.	36
1.1.4.4 Relativos a la familia.	39
1.1.4.5 Relativos al médico.	41
1.1.5 Papel del Médico familiar.	43
1.1.5.1 Relación Médico – paciente.	47
1.1.6. Estrategias para disminuir la demanda.	52
1.2 Planteamiento del problema.	54
1.3 Justificación.	60
1.4 Objetivos: Generales y específicos.	64
<b>2.- MATERIAL Y MÉTODOS.</b>	<b>66</b>
2.1 Tipo de estudio.	66
2.2 Diseño de investigación.	66
2.3 Población, lugar y tiempo.	69
2.4 Muestra.	69
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	70
2.6 Variables (tipo y escala de medición).	71
2.7 Diseño de la base de datos.	76
2.8 Definición conceptual y operativa de las variables.	90
2.9 Diseño estadístico.	91
2.10 Instrumento de recolección de datos.	93
2.11 Método de recolección de datos.	93

2.12	Maniobras para evitar y controlar sesgos.	95
2.13	Prueba piloto.	95
2.14	Procedimientos estadísticos.	95
2.15	Cronograma.	96
2.16	Recursos humanos, materiales, físicos y financieros del estudio.	97
2.17	Consideraciones éticas.	97

### **3.- RESULTADOS.**

		<b>98</b>
3.1	Consultorio del médico.	98
3.2	Sexo del médico.	98
3.3	Edad del médico.	98
3.4	Antigüedad en el ISSSTE.	98
3.5	Tiempo al frente del consultorio.	98
3.6	Escolaridad del médico.	98
3.7	Realización de diplomados en los dos últimos años.	98
3.8	Tipo de diplomado realizado.	99
3.9	Trabajo en forma privada.	99
3.10	Número de empleos reenumerados.	99
3.11		
	Cargo que desempeña en la clínica de Medicina Familiar.	100
3.12	Pacientes que el médico tiene en su consultorio.	100
3.13	Motivos por los cuales algunos médicos no conocen el número de pacientes adscritos a su consultorio.	100
3.14	Número de familias que atiende el médico en su consultorio.	101
3.15	Motivos por los cuales los médicos desconocen el número de familias que atienden en su consultorio.	101
3.16	Número de consultas otorgadas.	101
3.17	Número de médicos que identifican a algún paciente hiperutilizador en la población adscrita a su consultorio.	102
3.18	Número de pacientes hiperutilizadores que identifica el médico en su población adscrita.	102
3.19	Número de médicos que piensa que el paciente hiperutilizador tiene una patología de base.	102
3.20	Tipo de patología de base que el médico cree que tiene el paciente hiperutilizador.	103
3.21	Atención de algún paciente hiperutilizador en la semana.	103
3.22	Motivo de la consulta del hiperutilizador.	104
3.23	Tipo de acción que el médico tomó ante el paciente hiperutilizador.	105
3.24	Definición de paciente hiperutilizador.	106
3.25	Características del paciente hiperutilizador.	107
3.26	Opinión de los médicos, referente al paciente hiperutilizador.	108
3.27	Número de veces que un paciente hiperutilizador acude a la consulta en un año.	109
3.28	Estrategias que el médico cree conveniente realizar ante los pacientes hiperutilizadores.	110
3.29	Opinión del médico, sobre si el paciente hiperutilizador tiene una necesidad especial.	110
3.30	Tipo de necesidad especial que tiene un paciente hiperutilizador.	111
3.31	Acción del médico frente a un paciente hiperutilizador.	111
3.32	Sentimientos generados por el paciente hiperutilizador en el	112

médico.

**4.- DISCUSIÓN.**

**114**

**5.- CONCLUSIONES.**

**121**

Anexos.

124

Referencias.

128

## **RESUMEN:**

**OBJETIVO.-** Identificar los conocimientos y sentimientos del personal médico hacia los pacientes hiperutilizadores de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, zona sur, México, DF.

**DISEÑO.-** Estudio descriptivo, trasversal y retrospectivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS.-** Se incluyeron a todos los médicos de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, tanto del turno matutino como vespertino, se obtuvo una muestra no probabilística, no representativa, no aleatoria, formada por 25 médicos a los cuales se les aplicó una encuesta.

**RESULTADOS.-** La respuesta con mayor porcentaje para la definición del paciente hiperutilizador fue la de: paciente que utiliza de forma muy frecuente los servicios de salud, en esta respuesta no se mencionó periodo de tiempo alguno, factor importante en el estudio del fenómeno del paciente hiperutilizador. Las respuestas encontradas en esta investigación tienen coincidencias y similitudes con las vertidas en características y las mencionadas en opiniones, llegando a coincidir hasta en 12 ocasiones con las respuestas de características y en siete ocasiones con las respuestas de opiniones. Se concluye que los médicos de Medicina Familiar no conocen las definiciones existentes vertidas por algunos autores.

Dentro de los sentimientos placenteros, los tres con el mayor número de respuestas fueron: ponen a prueba las destrezas profesionales del médico, significan un reto a la experiencia del médico, y a atender al paciente hiperutilizador les hace sentirse buenos médicos. En lo tocante a los sentimientos desagradables, en este trabajo de investigación, los que ocuparon el mayor número de respuestas fueron: ocupan consulta que otros pacientes necesitan, les quitan el tiempo, les generan cansancio, el día se les hace más pesado, les molestan porque siempre tienen nuevos problemas, les generan inquietud, les provocan malestar y les generan sensación de no poder solucionar el problema.

**CONCLUSIONES.-** Esta investigación concluye que es de suma importancia para los médicos generales y familiares de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, que actualicen sus conocimientos referentes a definición y perfil del paciente hiperutilizador.

Tocante a los sentimientos tanto agradables como desagradables, es necesario que el médico empiece a hacer uso de los positivos para determinar las patologías de base de los pacientes hiperutilizadores y los sentimientos negativos, tratar de canalizarlos hacia una forma positiva para evitar el síndrome del profesional desgastado.

**PALABRAS CLAVES:** paciente hiperutilizador, médico familiar, conocimientos, sentimientos, atención primaria.

## **SUMMARY:**

**OBJECTIVE. -** To identify the knowledge and feelings of the medical personnel toward the over user patient of the Clinic of Family Medicine “Dr. Ignacio Chávez” of the ISSSTE, south area, Mexico, D.F.

**DESIGN. -** Descriptive, transversal and retrospective study.

**MATERIAL AND METHODS. -** They were included all the doctors of the Clinic of Family Medicine “Dr. Ignacio Chávez” of the ISSSTE, so much of the morning shift as evening, a sample non probabilistic was obtained, not representative, not random, formed by 25 doctors to which were applied a survey.

**RESULTS. -** The answer with more percentage for the definition of the over user patient was the one of: patient that uses in a very frequent way the services of health, in this answer period of time some was not mentioned, important factor in the study of the phenomenon of the over user patient. The answers found in this investigation have coincidences and similarities with those poured in characteristic and the aforementioned ones in opinions, ending up coinciding until in 12 occasions with the answers of characteristic and in seven occasions with the answers of opinions. The study concludes that the doctors of Family Medicine don't know the existent definitions poured by some authors. Inside the pleasant feelings, the three with the biggest number of answers were: they put on approval the doctor's professional dexterities, they mean a challenge to the doctor's experience, and to assist to the over user patient makes they feel good doctors. In the concerning to the unpleasant feelings, in this investigation work, those that occupied the biggest number of answers were: they occupy consultation that other patients need, they remove them the time, they generate them fatigue, the day they are made heavier, they bother them because they always have new problems, they generate them restlessness, they cause them uneasiness and they generate them sensation of not being able to solve the problem.

**CONCLUSIONS. -** This investigation concludes that it is of supreme importance for the general and family doctors of the Clinic of Family Medicine “Dr. Ignacio Chávez” of the ISSSTE that upgrade their relating knowledge to definition and profile of the over user patient.

Concerning to the feelings so much pleasant as unpleasant, it is necessary that the doctor begins to make use of the positive ones to determine the pathologies of base of the over user patient and the negative feelings, to try to channel them toward a positive form to avoid the worn away professional's syndrome.

**KEY WORDS:** Over user patient, family doctor's, know, feelings, primary care.

## INTRODUCCIÓN

La atención primaria a la salud es la estrategia más importante para elevar el nivel de salud en los países en vías de desarrollo, punto en el que concluyó la conferencia de atención primaria, donde se dan a conocer diferentes puntos que rigen a los países participantes, mismos que muestran los deseos de mejorar por encima de ideologías, religión y clase social la salud de la población del mundo.

La atención primaria a la salud, es la estrategia propuesta por la Organización de las Naciones Unidas, para elevar el nivel de salud de la población, la implantación del modelo de atención primaria a la salud ha encontrado diferentes obstáculos, los cuales limitan en cierto grado su total aplicación y el logro de sus objetivos<sup>11</sup>.

Dentro de las acciones que actúan directamente sobre la salud y son las que competen a los servicios asistenciales, cobran importancia las que deben dirigirse a la población como salud pública y las que se dirigen al individuo como atención médica<sup>11</sup>.

En México el principal soporte de la atención primaria a la salud, recae en su gran mayoría en el sistema de salud, formado principalmente por la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Cada una de las instituciones, están integradas en tres niveles de atención, el primer nivel es el encargado del cuidado de la atención primaria a la salud, donde existe una sobrecarga de trabajo condicionada por la demanda cada día mas creciente de la población para los servicios, trayendo como consecuencia la insatisfacción de los pacientes con estas instituciones, debido entre otras cosas a la saturación y al desabasto.

La presente investigación aborda el tema del paciente hiperutilizador que es un usuario de servicios de salud que genera por si mismo una mala utilización de los mismos, fenómeno que ha sido estudiado por diferentes autores<sup>2-4,10-12,14,16,25,29</sup>, quienes se han

enfocado al estudio de la hiperutilización de los servicios de salud por este tipo de pacientes.

En este trabajo de investigación se mencionan las diferentes definiciones existentes para el término de hiperutilizador, mismas que van desde periodo de tiempo comprendido entre consultas, otras que engloban al promedio general de la consulta, pasando por percentiles, desviaciones estándar y media, dichas definiciones aportadas por una variedad de autores<sup>4-8,10,12,14,16,21,24,29,35</sup>, hasta llegar a la actualmente aceptada propuesta por Ortega<sup>12</sup>.

Se presenta el panorama epidemiológico del paciente hiperutilizador, que concluye con la aportación del perfil del mismo, en el que han coincidido diversos autores<sup>1,2,4-8,10,12,14,16,21,24</sup>, mismos que han visto y analizado los factores que condicionan la hiperutilización de los servicios por parte de este tipo de pacientes.

Se expone como son utilizados los servicios de salud, que es una información importante que ayuda a la planificación, evaluación y desarrollo de los mismos servicios, se sabe que la hiperutilización de los servicios de salud se encuentra influenciada por diferentes factores los cuales se abordarán en este trabajo.

Se describen los diferentes motivos de consulta más comunes de los pacientes hiperutilizadores, a los que se enfrenta el médico, mismos que se encuentran divididos para su estudio en, problemas psicológicos y en patologías crónicas degenerativas.

De la misma forma se enunciarán los diferentes tipos de consulta a los que se enfrenta el profesional de salud.

La utilización de los servicios de salud es una interacción entre paciente y médico, por lo que esta conducta está definida por una amplia variedad de factores, de los cuales se hace mención en este trabajo, destacando los factores socioculturales, la

organización médica, los relativos a los pacientes, a la familia y al médico, mismos referidos por algunos autores <sup>2-4,10,12,14,20</sup>.

Se hace una reflexión sobre el papel del medico familiar como piedra angular en el modelo de atención primaria a la salud, y el papel tan importante ante la presencia del fenómeno del paciente hiperutilizador.

Finalmente este trabajo de investigación aborda las diferentes estrategias para tratar de disminuir la demanda de los servicios de salud, mencionando brevemente la agenda de calidad como medio para controlar la frecuentación.

Los estudios revisados <sup>4-10,12,14,16,21,25,29,35</sup> hablan del paciente hiperutilizador, de su problemática del desarrollo, estableciendo un perfil del mismo, pero ninguno aborda el fenómeno desde el punto de vista del médico, por lo que se desconoce la forma de conducirse ante estos. Se desconoce, se es posible identificar a un paciente hiperutilizador en la consulta diaria del médico, al igual no se conocen los sentimientos que generan estos pacientes en el profesional de la salud durante la atención médica, de la misma forma no se tiene información en que concluye la consulta de un paciente hiperutilizador una vez identificado como tal.

## **1.- MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Antecedentes del tema y del problema.**

La atención primaria es la estrategia más viable para elevar el nivel de salud en los países en vías de desarrollo y con una economía deficiente, se destaca la importancia de la labor educativa del médico familiar en esta estrategia y la relación de esta acción con el logro de la participación comunitaria para el cuidado propio de la salud<sup>11</sup>.

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), en el documento publicado por esta organización en 1997, titulado “El papel del médico general / médico de familia en los sistemas de salud”. Define al médico familiar como: “El médico familiar es responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica. Es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita la atención. Atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. El médico familiar proporciona atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales en función de las necesidades de salud y de los recursos disponibles.”<sup>19</sup>

La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar atención clínica efectiva y eficiente, para ello, deberá poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para llegar a conocer el origen del problema que causa la demanda (diagnóstico), dándole respuesta (tratamiento), y conseguir su desaparición (curación)<sup>19</sup>.

Existe una mala utilización de los servicios de salud, en el primer nivel de atención, generada por unos cuantos usuarios o familias, que son los que generan la mayoría del trabajo en los centros de salud, y provocan la sobreutilización de los

mismos, en contraparte hay individuos que teniendo derecho a los servicios de salud y necesitando no solicitan la atención de los mismos<sup>4</sup>.

Llorente Álvarez<sup>4</sup>, menciona diversos autores que se han dedicado al estudio en forma más específica del fenómeno de la hiperutilización, los cuales mencionan los factores relacionados con la hiperutilización de los servicios de salud, en donde identifican que en un cierto número de pacientes, denominados por ellos como “hiperfrecuentadores” ó “hiperutilizadores”, y concluyen que existen tres tipos de factores que condicionan la utilización de los servicios de salud en un individuo, los cuales son:

- 1.- Factores sociodemográficos como: edad, sexo, raza, estado civil, estado económico, ocupación y nivel educacional.
- 2.- Factores médicos como: tipo de mortalidad, tipo de morbilidad, patologías crónicas y patologías psicosociales.
- 3.- Factores familiares como: el tamaño de la familia, estructura familiar, función familiar y etapa del ciclo familiar en que se encuentra.

Llorente Álvarez<sup>4</sup> y Rubio Montañés<sup>7</sup>, ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de la conducta, somatización, signos y síntomas mal definidos y además de patologías psicosociales, están estrechamente relacionadas con alteraciones de la función familiar.

Los autores mencionados por Llorente Álvarez<sup>4</sup>, han encontrado en la mitad de las consultas, la presencia de problemas psicológicos, por lo que sería de gran utilidad detectar inicialmente los signos y síntomas de alteración mental que frecuentemente están presentes, ocultos y manifestados por la presencia de patologías psicosomáticas en el primer contacto con estos pacientes.

Orueta Sánchez menciona, que en la utilización de los servicios de salud existe una información útil, que ayuda en la planificación de servicios y en la evaluación de la adaptación, la utilización se encuentra influida por diversa variables, siendo la familia uno de los factores que intervienen dado que participa en la percepción de una necesidad, y en la demanda o no de la atención médica<sup>5</sup>.

Se conoce que el médico familiar se enfrenta a manifestaciones orgánicas, psíquicas y psicosomáticas, sin poder establecer una relación causa-efecto con lo que ocurre en la familia, perdiendo así la oportunidad de realizar una investigación sobre los factores desencadenantes de crisis familiares<sup>6</sup>.

Good y Reguer, referidos por De la Revilla<sup>6</sup>, indican que un porcentaje elevado de motivos de consulta en atención primaria se deben a problemas psicosociales que tiene su origen en crisis y disfunción familiar.

La utilización de los recursos sanitarios en atención primaria y la interacción de estos con la población, ocupa un lugar importante en diferentes investigaciones realizadas por diversos autores principalmente en España<sup>1-4,6-16,21,22,24</sup>.

La variabilidad existente en la utilización de los servicios de salud, es sin duda un tema de interés en la actualidad mismo que genera inquietud no sólo a los clínicos, sino también a los administradores en salud y a los ciudadanos<sup>10</sup>.

En diversos estudios<sup>1,2,20</sup> se atribuyen dicha variabilidad a cuatro tipos de factores:

- 1.- Factores de necesidad o estado de salud del paciente.
- 2.- Factores sociodemográficos y psicológicos del paciente.
- 3.- Factores organizacionales.
- 4.- Factores del personal médico, estos estarían relacionados con el estilo de práctica profesional y con el nivel y tipo de formación<sup>1,2,20</sup>.

### **1.1.1. Definición de paciente hiperutilizador.**

La utilización de los servicios de salud corresponde a la expresión de la necesidad en materia de salud, por lo que el análisis de sus indicadores es interesante para poder de esta forma definir el tipo y la cantidad de recursos a asignar<sup>7,8</sup>.

Al igual se sabe que la utilización de los servicios de salud es una interacción entre consumidores y profesionales, entendiendo como consumidores a los pacientes y como profesionales, a los médicos.

Se entiende a la hiperfrecuencia o a la hiperutilización, como el número de visitas realizadas por un solo individuo a un servicio de salud determinado (consultorio), en un periodo de tiempo asignado, por lo regular de un año, misma que no tiene un patrón normal determinado<sup>7,8</sup>.

En la literatura revisada, el término de hiperutilizador no es claramente definido, ya que no existe un criterio establecido en cuanto al número de visitas y características de su demanda, lo que constituye un problema metodológico. En la bibliografía consultada se encuentran diferentes del término hiperutilizador o hiperfrecuentador<sup>4-8,10,12,14,21-24</sup>. Dentro de las cuales se tienen las siguientes:

Llorente Álvarez en un estudio realizado en el centro de salud de La Felguera, provincia de Asturias, España, consideró como hiperutilizadores a aquel paciente que consultó un número de veces superior al percentil 75, según la distribución de frecuencia del número de consultas por año, lo que correspondió en este estudio a seis o más consultas<sup>4</sup>.

Orueta Sánchez en la unidad docente de Medicina Familiar y comunitaria de Sonseca, provincia de Toledo, España, consideró hiperutilizador calculando la media de consultas por habitante en el periodo de tiempo comprendido del 1 de Junio de 1991 al

31 de Mayo de 1992 y las desviaciones estándar, por lo que definió al paciente hiperutilizador a aquel que consultó igual o más de la media más dos desviaciones estándar<sup>5</sup>.

De la Revilla en el centro de salud de Almajayar, en la provincia de Granada, España determinó el número de visitas de la consulta médica a demanda realizada por el paciente, registradas en su expediente clínico dentro del año de 1991 y consideró hiperutilizador a todo individuo que tenga registradas nueve consultas o más en un año<sup>6</sup>.

M. L. Rubio Montañés es un estudio realizado en dos centros de salud de España en Maluquer Salvador y el de La Bisbal, en un periodo de un año de junio de 1995 a Junio de 1996, entiende como “frecuentación” al número de visitas que realiza un individuo a un servicio sanitario dado, no sigue una distribución normal, por lo que define para este caso al hiperfrecuentador como aquel sujeto cuyo número de visitas excede del percentil 90, lo que para este estudio, siete visitas espontáneas al año o más en ambos centros<sup>7</sup>.

M. C. Fuentes Goñi, en el centro de salud de Chantrea de Pamplona, España, en el año de 1991 durante un estudio encuentra que la población atendida en la consulta de 12 médicos fue de 15569 personas, por lo que define para su estudio a pacientes “normo frecuentadores” a los pacientes que se presentan dentro de el percentil 20 y 75 es decir, los que acudieron de 2 a 6 veces a la consulta en un año. Y considera “hiperfrecuentadores” a lo pacientes que se encuentran más allá del percentil 95 y que comprendían a los que habían acudido más de trece veces al año<sup>8</sup>.

J. Mancera Romero en un estudio realizado en el centro de salud de Ciudad Jardín, distrito de Málaga, España, realizado en 1999, consideró a los pacientes hiperutilizadores a los que habían solicitado al menos nueve visitas durante el año para consulta<sup>10</sup>.

M. A. Ortega Tallón en el centro de atención primaria urbano de Terrassa, Barcelona, España, para su estudio realizado en el 2000, definió al paciente hiperfrecuentador, como el paciente que para su grupo etario superaba el número de visitas por año en dos desviaciones estándar <sup>12</sup>

F. J. Sánchez Ruiz-Cabello en un estudio realizado en el periodo del 1 de abril de 1986 al 31 de marzo del 1987 en una población pediátrica, definió al hiperutilizador (HU) como aquel que tiene la media de las visitas por año más una desviación estándar, estratificado en 3 grupos de edad, menores de un año con más de 18 visitas por año; de uno a cuatro años más de doce visitas por año, y de cuatro a siete años más de 11 visitas al año<sup>14</sup>.

Juárez Márquez S. en un estudio transversal desarrollado en el centro de salud Zaidín-Sur, provincia de Granada, España, en los meses de septiembre a noviembre de 1999 en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General Regional "Lic. Ignacio García Téllez" del IMSS en Cuernavaca Morelos considero familia hiperdemandante a aquella por arriba del percentil 50 al tomar en cuenta el número total de consultas solicitadas al servicio de Medicina Familiar por diversos integrantes del grupo familiar en el año en que duro anterior a la fecha de realización del estudio<sup>21</sup>.

Guadalupe Maldonado Islas, en un estudio comparativo transversal en la unidad de Medicina Familiar número 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el Distrito Federal, México, durante 1997, consideró que la consulta subsecuente injustificada era la recurrencia a consulta por un mismo motivo debido a deficiencias en el diagnóstico, tratamiento o por la omisión de envió a programas de bajo riesgo<sup>24</sup>.

Salazar Colín E. En un estudio realizado en la clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, en el Distrito Federal, México definió como paciente hiperutilizador a aquel paciente que haya utilizado más de 5 veces los servicios médicos en un año, con sintomatología mal definida y además aquellos pacientes que a criterio del médico tratante fueron definidos como hiperutilizadores<sup>35</sup>.

Como se observa el término hiperutilizador se define de maneras distintas, no teniendo un criterio previamente establecido en cuanto al número de visitas por año y en las características de su demanda, lo que constituye un problema metodológico

Al igual se ha observado que pequeños grupos de pacientes hiperutilizadores son los que generan una mayor demanda en el número de consultas.

Como se puede apreciar existen varias definiciones de paciente hiperutilizador, pero en todas se toman diferentes componentes, coinciden en el periodo de tiempo, mismo que debe de ser de un año, partiendo de esto se toma, la media en algunas, y en otras a los percentiles.

Actualmente Ortega<sup>12</sup>, lo define de acuerdo al número de visitas realizadas en un año y características de su demanda, sin aportar un número concreto de consultas, de tal forma quedan clasificadas en dos tipos:

- 1.- Denominado paciente demandante, es el que decide por sí mismo el número de visitas y se relaciona con tres tipos de perfiles: somatizadores, dependientes y faltos de recursos sociales.
- 2.- Pacientes que tienen padecimientos concretos bien definidos ya diagnosticados que solo asisten a control.

### **1.1.2. Panorama Epidemiológico.**

Se ha analizado cómo la aparición de una enfermedad se traduce en la utilización de servicios de salud, poniendo atención a los factores determinantes y tendencias recientes de la utilización de los servicios<sup>2</sup>.

Se ha demostrado que los pacientes hiperutilizadores tienen en la gran mayoría, un componente de tipo psicológico no conocido por el cual acuden a solicitar consulta, con la presencia de una sintomatología mal definida<sup>2,4,6,9</sup>.

Se sabe que muchos de los casos estos pacientes representan una sobrecarga en la consulta del médico familiar.

Muchos pacientes en el caso de las instituciones de salud que otorgan derechos de permisos como cuidados maternos o incapacidades, hacen uso solo de estas, únicamente para que se les cubra el día no laborado, sin presentar una patología que amerite consulta y mucho menos incapacidad<sup>2,4,14</sup>.

Antes de iniciar el abordaje del tema se debe de distinguir como se origina o en base a que, se genera una consulta, por lo que indican tres autores<sup>1,2,20</sup> que citan a Mattew, esta generación consta de tres fases: La necesidad que es la dolencia, malestar o enfermedad, la demanda que es cuando el individuo considera que su necesidad ya requiere de una asistencia, y finalmente el uso que es cuando el individuo recibe atención.

En el modelo explicativo de la utilización de servicios proponen que interviene cuatro factores: el individuo, la familia, el médico, y la organización. Dos de estos factores el individuo y la familia lo hacen únicamente sobre la necesidad y demanda, de aquí que la presencia de determinadas características de estos dos, sean importantes y de mayor peso para generar la asistencia a la consulta. Dentro de las características que

han sido estudiadas se tienen principalmente a las demográficas y a las socioeconómicas<sup>1,2</sup>.

Por lo que se sabe la utilización de los servicios de salud, no es más que una interacción entre consumidores y profesionales, es una conducta compleja determinada por una variedad de factores, la utilización de los servicios de salud esta influenciada por diferentes aspectos, principalmente los elementos individuales, familiares y sociales<sup>2,20</sup>.

La utilización de los servicios de atención primaria corresponde a la expresión de necesidades en materia de salud. Desde este punto de vista, el análisis de sus indicadores interesa tanto a los gestores, que determinan el tipo y cantidad de recursos a asignar, como a los clínicos para su planificación, eficiencia, y calidad de atención que se refleja en la satisfacción para el usuario y proveedor<sup>7</sup>.

Diversos autores han estudiado de forma más concreta los factores relacionados con la sobreutilización de los servicios de salud en atención primaria por un cierto tipo de pacientes que son llamados hiperutilizadores<sup>1,2,4,20</sup>.

Es conocido que un pequeño grupo de pacientes identificados por el médico solicita atención más frecuentemente que el resto de la población, a quien se les ha denominados hiperfrecuentadores, hiperutilizadores o hiperdemandantes. Que se estiman representan el 12% de la población, generando el 43% de la actividad asistencial, y que alrededor del 75% de la población acude a su centro de salud en un año y el 100% en el plazo de 5 años<sup>10</sup>.

Denver referido por diferentes autores<sup>1,2,4,20</sup> menciona que la utilización de los servicios de salud es una conducta compleja determinada por diferentes factores como son: sociodemográfico, psicológicos, médicos, organizativos, y actúan como moduladores de la necesidad de salud.

En diferentes estudios revisados se hace mención al perfil del paciente hiperutilizador, quedando este como: Pacientes mayores de 50 años, tener trabajo con bajo nivel de estudios, integrantes de una familia nuclear, formada de 2 a 6 miembros, en un porcentaje elevado no es determinante la disfunción familiar y los principales motivos de consulta son: trastornos mentales, patología crónica, consultas burocráticas y prescripción de recetas<sup>1,2, 4-8,10,12,14,21,24</sup>.

En la perspectiva laboral es importante hacer notar que en varios estudios se califica al hiperutilizador como un paciente en quien el conflicto es frecuente reflejando en sus interacciones una disminución en la calidad y estrés en el área laboral<sup>5,6,7</sup>

Los factores que se han visto y analizado que condicionan la hiperutilización de los servicios de salud son los de: edad, mayor de 45 años, sexo femenino, casados, en la mayoría pensionados, con nivel de educación bajo, sociodemográficos como habitantes de las periferias urbanas, y los de la enfermedad, como son la presencia de patologías crónicas, patologías psicosociales, al igual que los referentes al tamaño de la familia, compuesta por una familia nuclear, de 2 a 6 miembros, en la fase declive del ciclo de vida familiar<sup>4-6</sup>.

Otros estudios han demostrado que los pacientes mayores de 50 años, de sexo femenino, pensionados y con alguna alteración a nivel de familia son los pacientes que hacen mayor uso de los servicios de salud, en algunos casos con patologías mal definidas<sup>4-6</sup>.

### **1.1.3. Utilización de los Servicios de salud.**

Ante la dinámica actual de la vida contemporánea y la presencia rutinaria de la práctica de la medicina, los médicos generales y familiares que atienden núcleos de población, difícilmente se han detenido a reflexionar sobre los impactos en la salud que ocasionan al brindar consultas tanto preventivas como curativas. Si bien es cierto que durante las últimas décadas la sociedad se ha vuelto más industrializada ocasionando cambios sustanciales manifestados en un cambio en el patrón epidemiológico de la salud-enfermedad, a consecuencia de este giro observado, las necesidades de los pacientes se han vuelto complejas, al igual que la utilización de los servicios de salud se ha modificado<sup>41</sup>.

En el modelo explicativo de utilización de servicios se proponen cuatro factores que influyen directamente en la utilización de los servicios de salud los cuales son: el individuo, la familia, el médico y la organización de los servicios. Aunque determinadas características individuales como la edad y sexo (demográficas) o la clase social e ingresos (socioeconómicas), intervienen en el uso de los servicios de salud<sup>1</sup>.

La familia es una trasmisora de una cultura sanitaria, que genera demanda y recursos ante la enfermedad, pidiendo una valoración de la necesidad y de la demanda de los servicios de salud<sup>1</sup>.

Dentro de la organización de los servicios de salud, la forma en que se tiene acceso a estos en la comunidad y las características de organización con las que cuentan cada uno de ellos, van a permitir o a dificultar el adecuado uso de los mismos<sup>1,2,3</sup>.

Al abordar el tema de la utilización de servicios de salud se debe distinguir, tres fases: la que se inicia con la necesidad, en forma de dolencia, malestar o enfermedad, la que sigue con la demanda, cuando el individuo considera que su necesidad requiere algún

tipo de asistencia y la que finaliza en el uso en el momento que recibe realmente la ayuda<sup>1</sup>.

Conocer la forma en que son utilizados los servicios de salud, es una información valiosa que ayuda a la planificación de estos y en la evaluación de su desarrollo. La utilización se encuentra influenciada por diversos factores como son: socioculturales, de organización, así como por problemas relativos al paciente y a los profesionales de salud<sup>1,2,4</sup>.

De la Revilla, indica que lo que interviene en el uso de los servicios, es la necesidad en relación con el nivel de salud, la percepción de esta necesidad, el papel del enfermo, y la búsqueda de ayuda es lo que condiciona realmente al uso de los servicios de salud.<sup>1</sup> En la utilización de servicios de salud intervienen cuatro factores: el individuo, la familia, el médico y la organización. Dos de ellos, el individuo y la familia lo hacen sobre necesidades y demandas, el médico sobre necesidad y uso, y la organización sólo sobre utilización<sup>1,2,4</sup>.

A partir del concepto del papel del enfermo, Bronfman<sup>26</sup> refiere a Mechanic y para entender, la conducta del mismo ante la forma en que los síntomas pueden ser percibidos de forma distinta lo que lleva, a diferentes reacciones entre los individuos ante la presencia de enfermedad.

Suchman referido por Denver<sup>2</sup> propone que en la conducta del enfermo puede distinguirse la siguiente secuencia: a) percepción de los síntomas; b) adopción del papel del enfermo con validación provisional de individuos no profesionales; c) establecimiento de contacto con los servicios de intención médica; d) ingreso en la relación médico-paciente, y e) recuperación y rehabilitación.

Anderson referido por Denver<sup>2</sup>, también sugirió que la utilización de los servicios es el resultado de tres variables: a) la necesidad de atención médica (desde el punto de vista del paciente como del personal de salud); b) los factores predisponentes, conformados

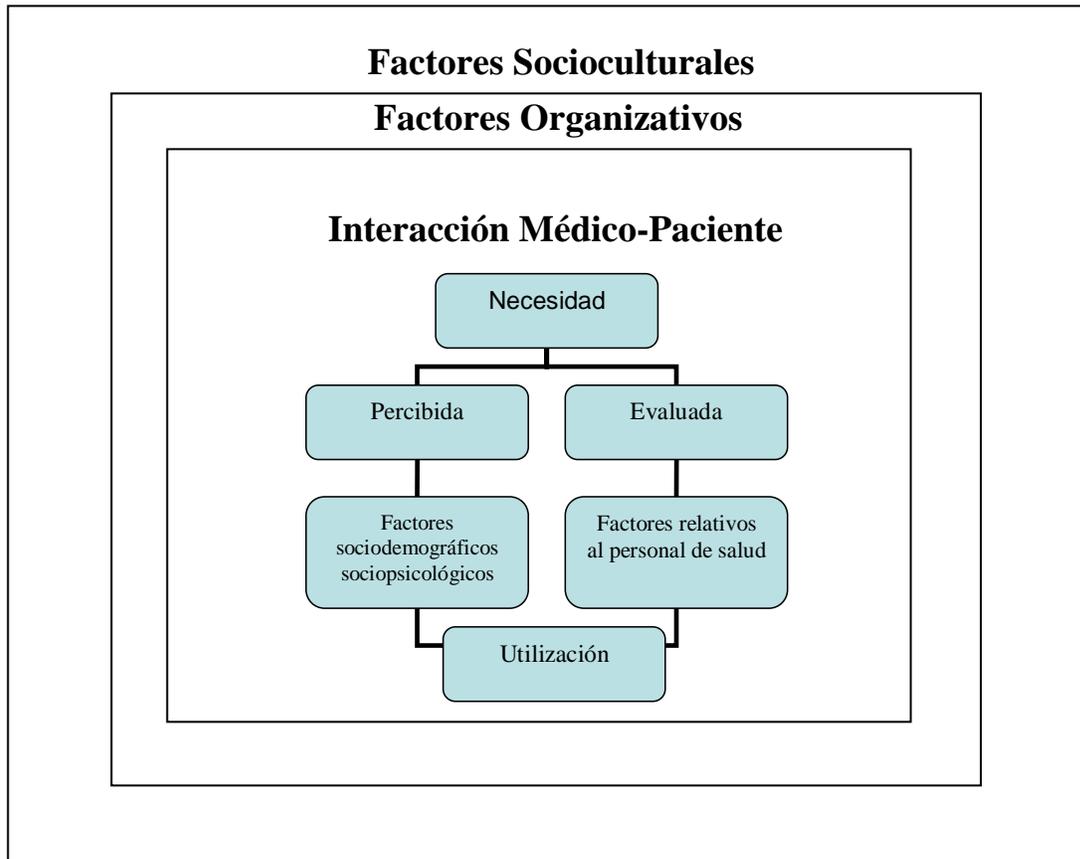
por variables sociodemográficas asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como edad, sexo, composición familiar, clase social, ocupación etcétera; y c) los factores capacitantes, que se asocian a condiciones socioeconómicas, ya sea en el ámbito familiar (ingresos, ahorros), o comunitario (disponibilidad, accesibilidad, etc.)

El médico dentro de la organización de los servicios de salud tiene una doble función: a) modificar las necesidades y el papel del enfermo, y b) generar a partir, de sus propias necesidades la utilización de los servicios de salud<sup>11</sup>.

En realidad, la mayor parte de estos modelos así como de las revisiones de la literatura sobre utilización, representan más bien un intento de identificar las variables que influyen en la utilización de servicios y no una explicación del efecto de cada una de ellas.

En la figura 1 muestra una representación gráfica de la descripción de Donabedian del proceso de atención médica y su medio ambiente, esto referido en la epidemiología de la utilización de los servicios de salud por Denver<sup>2</sup>.

Figura 1. Factores determinantes de la utilización de los servicios de salud



Adaptado de Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for health Care.

De Avedis Donabedian con permiso de Harvard University Press, 1973, 61.<sup>2</sup>

### **1.1.3.1. Motivos de consulta.**

Dentro de los motivos de consulta más comunes a los que debe de hacer frente el médico familiar ante su población, los dos principales y que ocupan los puntos mas relevantes en el contexto de este estudio son los problemas psicosociales, al igual que las patologías crónico degenerativas<sup>1</sup>.

Debido a la importancia de los factores psicosociales ante la generación de motivos de consulta, primero indicar que son y como se originan estos factores y de esto partir para comprender como son generadores de consulta. Aquellas situaciones de estrés social que producen o favorecen la aparición, en los pacientes de enfermedades, somatizaciones psíquicas o psicósomáticas, evolucionando a crisis y/o disfunciones familiares con alteraciones en la dinámica y homeostasis familiar y que son capaces de generar manifestaciones clínicas en uno de los miembros, se entienden por factores psicosociales<sup>1</sup>.

Dentro de los problemas psicosociales<sup>1</sup> se encuentran:

- \* Factores familiares.- Abandono, divorcio, muerte, cambios en el ciclo de vida de la familia.

- \* Enfermedades o accidentes, dentro de la familia que modifican en algo su dinámica.

- \* Factores económicos.- cambios en el estado económico del individuo o de la familia que repercuten directamente en el status familiar e individual, dentro de estos los despidos, accidentes, incapacidades, gastos no contemplados, enfermedades.

- \* Factores laborales-escolares.- dentro de estos se encuentran huelga, paro de actividades, problemas de adaptación escolar, cambios de puesto en el trabajo, la jubilación.

- \* Factores legales.- La detención, detención, pleitos, juicios, encarcelamientos.

- \* Situaciones ambientales.- encontrando en primer término a la emigración, cambio de residencia, presencia de algún desastre natural donde se vea involucrada la familia del individuo.

También se han clasificado a los problemas psicosociales en transitorios y no transitorios, los primeros relacionados con los periodos del ciclo de vida familiar y los segundos que son coyunturales y no previsibles relacionados directamente con la familia en sus etapas de crecimiento, separación o desmoralización.

La necesidad es una percepción individual, está depende de diferentes factores dentro de los cuales existen, extraindividuales como son: la posición social y la cultura, además de las experiencias anteriores del problema, las creencias familiares que pueden incrementar el uso de la consulta o reducir dicho uso, llegando incluso a impedir el contacto con el sistema de salud<sup>1</sup>.

Se ha apreciado un elevado número de problemas psicosociales en pacientes atendidos en atención primaria, convirtiendo al médico familiar en el profesional que debe de manejar y tratar estos factores, en contraposición de este elevado número de consultas generadas por este tipo de padecimientos que tiene su origen en los factores mencionados, se encuentra el elevado número de los mismos que no son detectados ni tratados adecuadamente por el médico.

Esta falta de reconocimiento de los problemas psicosociales se atribuye según Good, referido por De la Revilla<sup>1</sup>, a las características y formación del médico, basado que en los conceptos biomédicos tradicionales, en los que los aspectos psíquicos y sociales quedan fuera de su función profesional

Cabe preguntarse si para un nivel de enfermedad determinado, y existiendo la misma accesibilidad geográfica y económica, algunos grupos de edad, sexo, raza, estado civil o nivel socioeconómico, tenderían a utilizar los servicios de salud en mayor medida<sup>11</sup>.

Las mujeres utilizan mayor cantidad de servicios que los hombres, a partir de los años fértiles, la diferencia responde a la atención obstetricia, por su parte, los hombres requieren de mayor atención en los hospitales psiquiátricos<sup>11</sup>.

Se ha observado que las disfunciones familiares son capaces de generar problemas de salud en algunos de los miembros de la familia, esto obliga a demandar atención en los servicios de salud<sup>1,6</sup>.

Las familias que Christine-Sheely citado por De la Revilla<sup>6</sup>, denominó “propensas a enfermarse”, acuden a consulta del médico de familia en solicitud del apoyo. Pero sin exponer los problemas que han afectado a la dinámica familiar.

El médico de familia se enfrenta a manifestaciones orgánicas, psíquicas y psicosomáticas, sin poder establecer una causa – efecto<sup>6</sup>.

En un estudio hecho por De la Revilla<sup>6</sup>, se hace una clasificación de los motivos de consulta definiéndolas como:

- 1.- Procesos agudos: Infecciones, traumatismos, intoxicaciones, reacciones alérgicas, tumores, regularización de enfermedades crónicas y otras.
- 2.- Procesos crónicos: Diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y otras.
- 3.- Salud Mental: Enfermedades incluidas dentro de la clasificación de los trastornos mentales.
- 4.- Signos y síntomas mal definidos.- Problemas de salud sin una causa o base orgánica que lo justifique, que se manifiesta con una multitud de síntomas que no se pueden aclarar.
- 5.- Otros.

La teoría de la comunicación de Waltzlawick referido por De la Revilla<sup>6</sup>, coincide el síntoma como un mensaje no verbal, indicando que por medio de manifestaciones clínicas mal definidas tales como trastornos de ansiedad, o del estado de ánimo, el paciente comunica al médico la situación de disfunción orgánica lo que le permite acceder al sistema de salud.

El proceso de enfermedad consta de una serie de etapas básicas propias en las cuales el enfermo puede experimentar actitudes y conductas diversas (conducta de enfermar) en función de su personalidad y de las circunstancias que le rodean<sup>12</sup>.

Diversos estudios muestran que no existe una relación directa entre sentirse enfermo e ir al médico, ya que este fenómeno está mediado por un proceso social en el que interviene la percepción individual y la forma en el que el paciente interpreta los síntomas<sup>11,12,13</sup>.

Los factores que condicionan la utilización de los servicios de salud son sociales, demográficos como la edad, sexo, raza, estado civil, ocupación, nivel de estudios y médicos como (tipo de enfermedad, patologías crónicas, psicosociales), dentro de los familiares tenemos, tamaño, estructura familiar, ciclo de vida familiar)<sup>4</sup>.

Las consultas administrativas y recetas superan el 35% de las consultas de los pacientes hiperutilizadores y el 24% de los normo frecuentadores<sup>1,8</sup>.

Los pacientes hiperfrecuentadores tienen más probabilidades de tener asociación alguna con patología crónica<sup>1,6,8</sup>.

En una encuesta realizada para investigar la incidencia de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia, realizada por De la Revilla<sup>9</sup>, hace referencia a Corney quien constató que el 71% admitió haber tenido problemas, al igual comprobó

que solo el 37% de los pacientes con problemas psicosociales habían consultado en alguna ocasión a su médico<sup>9</sup>.

Es importante hacer notar que el médico de familia, no recibe a sus pacientes previamente clasificados, como portadores de una enfermedad como sucede en otras especialidades como psiquiatría, sino que acuden a la consulta con síntomas orgánicos, somáticos, sin revelar en la mayoría de las veces la presencia de estrés laboral y social o conflictos familiares<sup>9</sup>.

Los pacientes hiperutilizadores ocupan una parte de la consulta del médico familiar, dentro de esta se engloba a los padecimientos del tipo de salud mental y problemas psicosociales, mostrando al médico tratante una enfermedad “mal definida”, y es aquí donde radica la dificultad para descubrir la presencia de problemas psicosociales en la consulta, en este momento entra en juego la capacidad para reconocerlos, basado en conceptos biomédicos tradicionales del médico familiar, aunque también cuenta la actitud del paciente para mostrar su patología de fondo<sup>9</sup>.

En las consultas de medicina familiar se maneja información, que se agrupa en torno a los acontecimientos fundamentales que la caracterizan, estos son:

- Motivo/razón de consulta (expresado por el paciente).
- El problema de salud (identificado por el médico).
- Proceso de atención. Todo lo que hace o manda hacer el profesional en el curso de la valoración de una razón de consulta o de un problema de salud atendido

La información anterior queda englobada en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que en sus orígenes estuvo orientada a tratar la información que se producía en los últimos estadios de una enfermedad<sup>8</sup>.

A partir de los años 50, con el desarrollo de la medicina familiar, despierta interés el conocimiento de los problemas de salud en sus primeras manifestaciones. En 1975, la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) publica la Clasificación Internacional de problemas de salud en Atención Primaria (CIPSAP). Esta clasificación se ha convertido en una herramienta de trabajo cotidiano y de la mayor parte de los trabajos de investigación en relación a la información generada en medicina familiar<sup>8,9</sup>.

### **1.1.3.2. Tipo de consulta.**

Una visión esquemática de los tipos de problemas con los cuales se enfrenta el médico familiar en el ejercicio de su especialidad es descrita por John Fry en su libro Primary care: a new approach to medicine, referido por Ceitlin<sup>42</sup>, los motivos de consulta pueden resumirse de la siguiente manera:

- 1.- Problemas autolimitados
- 2.- Problemas crónicos degenerativos.
- 3.- Problemas agudos.

Los problemas agudos son en los que el médico debe de tomar una primera decisión y establecer rápidamente, si se trata de un padecimiento en el que esta capacitado para atender, o si debe de referirlo a un especialista, este tipo de consulta es el que ocupa el menor porcentaje. En estadísticas es difícil mostrar el contenido de la práctica de un médico familiar, en muchos sentidos y en ocasiones no hay diagnósticos en el sentido usual del término, un modo de determinarlo, es registrando los principales síntomas y signos que aquejan al paciente, lo que da generalmente una imagen parcial de la enfermedad. Por lo que entonces el médico del primer nivel es capaz de resolver hasta el 95% de los problemas de salud de la consulta<sup>42</sup>.

La demanda de consulta en los servicios de salud y la presión ejercida sobre ellos depende tanto de características sociales, económicas y culturales de la población, así como pautas de organización de los mismos sistemas de salud<sup>22</sup>.

La información sobre la morbilidad en la atención primaria a la salud, establece diferencias, existentes entre los centros de salud rurales y los centros de salud urbanos, haciendo comparaciones entre ellos<sup>16</sup>.

Se entiende como el motivo de consulta, a la principal razón que hace que el individuo solicite la intervención de los servicios de salud<sup>16</sup>.

El tipo de visita se ha clasificado como: primera, cuando el paciente acude por primera vez; segunda, si el paciente ya acudió anteriormente por el mismo motivo o acude únicamente a repetir recetas; visita familiar es cuando el que acude a la consulta no es el propio enfermo<sup>16</sup>.

De acuerdo a la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), con la clasificación realizada referida por Gras Balaguer<sup>16</sup>, observa que los motivos de consulta según grupos y edad son:

- \* Enfermedad infecciosa y parasitaria.
- \* Endocrinopatías y enfermedades metabólicas.
- \* Enfermedades de la sangre.
- \* Trastornos mentales.
- \* Enfermedad del sistema nervioso y órganos de los sentidos.
- \* Enfermedad del sistema circulatorio.
- \* Enfermedad del sistema respiratorio.
- \* Enfermedad del sistema digestivo.
- \* Enfermedad del sistema urinario.
- \* Enfermedad de la piel y tejidos subcutáneos.
- \* Enfermedad del sistema músculo esquelético.
- \* Síntomas y signos mal definidos.
- \* Accidentes y lesiones e intoxicaciones.
- \* Examen de salud, administrativo.
- \* Demanda de recetas.

Los sistemas de consulta programada han sido incorporados a la atención primaria, sus ventajas han sido aceptadas. La consulta programada puede mejorar la calidad ofrecida en un modelo de atención primaria, permitiendo organizar a grupos de

pacientes, incluyendo los que se encuentran en un protocolo de atención, como la embarazadas, niño sano, diabéticos, hipertensos, obesos, etc., mejorando la atención y al mismo tiempo satisfaciendo a médicos y pacientes<sup>15</sup>.

La consulta programada es un instrumento útil para mejorar la calidad de la atención al igual mejorar la relación médico-paciente<sup>15</sup>.

El médico familiar enfrenta en su consulta diaria los siguientes tipos de consultas<sup>13</sup>.

- Consulta previsible: Se puede prever su contenido (revisiones, recoger resultados).
- Consulta imprevisible: Es la que no se puede prever su contenido, por problemas agudos y surge inesperadamente: Engloba la consulta catalogada como urgente por el personal sanitario o por el propio paciente.
- Consulta administrativa: Comprende las tareas burocráticas, como la expedición de recetas, partes de incapacidad temporal, certificados.
- Consulta asistencial: Su finalidad es prevenir, diagnosticar y/o tratar la enfermedad, así como realizar seguimiento de ésta.

#### **1.1.4. Factores que influyen en la utilización de los servicios de salud.**

El hombre esta sometido a constantes variaciones biológicas, en forma tal que sus características anatómicas, fisiológicas, psicológicas, sociales, y familiares no tienen un modelo fijo, ya que puede existir entre los individuos que llamamos normales grandes variaciones respecto al peso, estatura, temperatura, presión arterial, inteligencia, agudeza visual, y todas las características biológicas imaginables<sup>43</sup>.

Pero cuando una característica estructural o funcional, se sale significativamente de lo normal, en forma tal que produce signos y síntomas diferentes, no usuales o inconvenientes a la biología, entonces pasa a constituir una anormalidad<sup>43</sup>.

Es necesario admitir que el valor del ser humano, se ha clasificado erróneamente en sano o enfermo, y cuando sobrepasa al término donde se afecta su salud, es el momento cuando el individuo busca nuevamente el equilibrio, con la ayuda del médico mismo que determina toda acción sanitaria con el propósito de regresar al paciente su salud<sup>43</sup>.

Considerar a la salud como un estado biológico y social estático no es realista: La noción de salud implica ideas de cambio y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad tiene conceptos de variación y desadaptación, por lo que no puede admitirse la idea de que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa. Entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios en busca de la adaptación perfecta<sup>43</sup>.

De forma simple, pero válida se puede decir que la consulta médica es la interacción entre un individuo (paciente), que demanda atención y otro individuo (médico) que da respuesta a esta demanda. La consulta deberá tener en cuenta los tres elementos que

intervienen para generarse y que son: el médico, el paciente y la organización de los servicios de salud<sup>20</sup>.

Los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud son múltiples, aunque se a tratado de desarrollar modelos explicativos que puedan entender este fenómeno, ninguno de los desarrollados ha podido explicar la utilización<sup>20</sup>.

Por razones de estudio los factores que influyen en la utilización se dividen en tres grupos diferentes, pero interconectados los cuales son: a) factores del paciente, b) factores del médico, y c) factores de la organización<sup>20</sup>.

Los factores del paciente explican alrededor del 50% de la variabilidad de la utilización, mientras que los factores del médico y de la organización explican el otro 50% de la variabilidad de la utilización de los servicios<sup>20</sup>.

Al abordar el tema de la utilización de servicios de salud se debe de distinguir como señala Matthew referido por De la Revilla<sup>1</sup>, tres fases: la necesidad, la demanda y finalmente el uso. Al igual se proponen cuatro factores que inciden directamente en la utilización de los servicios de salud los cuales son: 1) el paciente, 2) la familia, 3) el médico, y 4) la organización de los servicios. Dos de ellos, el individuo y la familia lo hacen directamente sobre la necesidad y demanda del servicio, mientras que el médico actúa sobre necesidades y uso de los servicios y finalmente la organización directamente sobre la utilización de los servicios de salud<sup>1</sup>.

La utilización de los servicios de salud no es más que una interacción entre pacientes y médicos, que es una conducta compleja determinada por una amplia variedad de factores. Dicha interacción no ocurre dentro de un vacío sino dentro de una organización, que esta a su vez rodeada y modificada por factores sociales y culturales. Por lo que la utilización de los servicios de salud se ve influenciada por elementos sociales, culturales y de organización, así como factores relativos al paciente y relativos al médico<sup>2</sup>.

Diversos autores<sup>2,4-10,12,14,20,35</sup>, han estudiado de forma más concreta los factores relacionados con la sobreutilización los cuales son: factores de demanda (frecuencia, utilización de maniobras diagnósticas, uso de recursos tecnológicos, interconsultas, tramites burocráticos, prescripción de fármacos, etc.) sociodemográficos (edad, sexo, etnia, estado civil, ocupación, nivel educativo), la familia (estructura, ciclo vital, función y disfunción familiar, etc.), médicos (tipo de morbilidad, patologías crónicas, patologías psicosociales) y la organización de los servicios de salud.

#### **1.1.4.1 Socioculturales.**

La necesidad de la demanda de atención depende de la forma que tiene cada persona de percibir, evaluar y actuar ante una enfermedad o dolencia desde las perspectivas culturales en que se encuentra inmersa como miembro de una familia.

Los factores socioculturales que determinan la utilización de los servicios de salud incluyen tecnología y valores. Se considera que la tecnología es un factor sociocultural que a diferencia de los factores organizativos demuestra el bajo control que de ella tiene los administradores de los servicios de salud. La tecnología ejerce su influencia sobre la utilización de los servicios; en alguna baja el nivel de enfermedad o limita la necesidad de atención médica. A esto se refiere Lewis Thomas citado por Denver<sup>2</sup> cuando menciona los modernos métodos de inmunización contra diferentes enfermedades como la difteria y el uso de antibióticos y de la quimioterapia para las infecciones bacterianas. Por ejemplo se ha reducido las necesidades de hospitales contra la tuberculosis debido a la tecnología de la medicina moderna reduciendo las incidencias de las enfermedades.

En otros casos la tecnología determina una mayor utilización de los servicios. Thomas mencionado por Denver<sup>2</sup>, llama a esto “la tecnología a mitad del camino”, refiriéndose a desarrollos como los trasplantes corazón, riñón y otros órganos, además de órganos artificiales. Otros ejemplos de esta tecnología serían la radiología y la medicina nuclear<sup>2</sup>.

Los valores sociales también ejercen su influencia sobre la utilización de los servicios de salud, campo difícil para el estudio ya que los valores, normas y creencias sociales afectan todos los aspectos y factores del proceso de atención médica.

La utilización de los hospitales como el lugar donde se nace y se muere esta determinado por las normas sociales.

Estudios sociológicos han examinado los patrones de la utilización de los servicios de salud por parte de diferentes subgrupos de la sociedad, Zola referido por Denver<sup>2</sup>, compara los síntomas que presentan los pacientes italianos e irlandeses en los consultorios externos de un Hospital de Boston, en su informe presenta diferentes tipos de consulta (mayor cantidad de problemas de ojos, oídos, nariz y garganta por parte de los irlandeses y mayor dolor experimentado por los italianos), concluyendo que los síntomas particulares de los individuos son determinados por su grupo cultural, étnico o grupo de referencia<sup>2</sup>.

#### **1.1.4.2. Organización médica.**

Se conoce que existe un periodo de tiempo y época del año específica, en que las consultas adquieren una gran importancia, saturando en este periodo la capacidad de atención médica por parte de los centros de salud. Si bien Alonso Martínez <sup>22</sup>, demostró un elemento dinámico en el abordaje de la utilización de servicios sanitarios como es el análisis de flujo temporal de la demanda de servicios, indicando que la población adscrita a un centro de salud durante el primer año tras su adscripción hace uso más frecuente que la que tiene más tiempo de adscripción, esto resulta concordante con lo observado en la población canadiense y británica, esta similitud encontrada en diferentes épocas del año, apoya la idea de que la necesidad de la población es más homogénea que la presión ejercida sobre los distintos sistemas sanitarios. Si esto es así, habría que revisar detenidamente pautas o estrategias organizativas que pueden contribuir a hacer más efectivos los centros de salud.

Algunos de los factores de la organización que influyen en la utilización de los servicios de salud que a continuación se enlistan, y los autores de las investigaciones que terminaron con los resultados plasmados son referidos por Casajuana Brunet<sup>20</sup>.

- Accesibilidad.- Componente importante de la calidad de la atención y de forma clara produce un aumento de la utilización. (Scout, 1997)
- Disponibilidad.- La mayor disponibilidad de profesionales de atención primaria, medida como densidad médico-paciente, produce un incremento de la utilización por aumento de la demanda inducida por el profesional (médico). (Scout, 1997)
- Cobro.- Este factor hace mención a la renumeración económica de las visitas, indicando que al realizarlo puede disminuir la utilización de los servicios, esto puede resentirse en la equidad del sistema, ya que utilizarían menos los que más necesitan, disminuyendo la utilización preventiva. (Gené, 2000)

- Incentivos económicos.- Genéricos e inespecíficos, producen un aumento de la utilización inducida por parte de los profesionales. Otros incentivos económicos inductores de la demanda serían el pago proporcional al tamaño del cupo y la retribución proporcional al aumento de captación de pacientes para los diferentes programas. (Hemenway, 1990)
- Tamaño-estructura del cupo.- Predice poco la utilización, mientras que la estructura del cupo que es el porcentaje de mayores de 65 años y menores de un año, porcentaje de mujeres o de población de nivel socioeconómico bajo; es el mejor predictor.
- Cobro por visita.- Los médicos que cobran por visita son los que poseen mayores tasas de utilización (Bjorndal 1994)
- Continuidad.- La falta de continuidad del médico produce un aumento en la utilización de las consultas en atención primaria y sobrecarga los servicios de urgencias con padecimientos no urgentes. (Petersen, 1998)
- Organización dispensarial.- Generan una mayor utilización porque fragmentan la continuidad de la atención.
- Trabajo en equipo.- Este ha demostrado que disminuye la utilización. (Groenewegen, 1995)
- Multiprofesionalidad.- Entendida como la actividad compartida del trabajo entre profesionales de distintas categorías dentro de un mismo equipo, esto produce un aumento de la eficiencia y disminuye las cargas de trabajo, siempre que no se dupliquen las actividades y los profesionales profesen una actitud resolutive. (Pritchard 1994)
- Retroalimentación.- O la información sobre la cantidad-calidad de la práctica profesional, especialmente cuando ofrece de forma gráfica y comparada, puede modificar la práctica profesional disminuyendo la utilización.
- Programas de salud.- Estos pueden aumentar o disminuir la demanda asistencial en función de ciertas características. Los programas de prevención secundaria y diagnóstico precoz, por definición aumentan la utilización, en contra parte los programas de vacunas disminuirán la

utilización de los servicios al evitar directamente que aparezcan las enfermedades. (Carrioli, 2001)

- Relaciones con el sector secundario.- Se sabe que los médicos con menor formación y mayor presión asistencial derivan más y peor (López, 1994; García Olmos, 1995); aunque se desconoce si tienen mayor presión asistencial porque hacen uso excesivo de referencias o derivan más porque están sometidos a mayor estrés asistencial o ambas cosas.
- Burocracia.- Uno de los factores del profesional y de la organización que más influye en la utilización de los servicios. El motivo de consulta burocrático (recetas, incapacidades, cuidados maternos, etc.) es el más frecuente alcanzando hasta un 40-50% de todas las consultas que recibe un médico en la atención primaria en España.
- Agenda y sistemas de citas.- Esta puede influir en la utilización debido a que los médicos con agendas limitadas tienen una menor utilización que los médicos que no las tienen. (Groenewegen, 1995)

La segunda categoría de factores determinantes de la utilización de los servicios de salud incluyen: Las estructuras y procesos propios de la organización de la atención médica que rodea y afecta al proceso de atención médica (la interacción médico-paciente). Estos factores organizativos comprenden:

- La disponibilidad de recursos.- Se refiere a la relación entre el volumen y tipo de recursos existentes con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población, en otras palabras la oferta de los servicios. Culminado, la disponibilidad de un recurso determina la utilización de éste.
- La accesibilidad.- Se considera que la accesibilidad se refiere a las características del recurso que facilitan o impiden la utilización del mismo por parte de sus potenciales usuarios, dos de estos estrechamente relacionados y son la accesibilidad geográfica y la accesibilidad social.

- La accesibilidad geográfica.- Son los factores espaciales que facilitan o entorpecen la utilización de los servicios. Relacionada entre la ubicación de los recursos y la ubicación de los usuarios, este factor puede medirse en millas, tiempo de viaje, o costo del viaje.
- La accesibilidad social.- Características no espaciales y no temporales de los servicios que pueden servir para facilitar o no la utilización de los servicios, dividida en dos dimensiones la aceptabilidad y la posibilidad de pagarlos. La aceptabilidad se refiere a los factores psicológicos, sociales y culturales. Y la posibilidad de pagarlos se refiere a factores económicos.
- Las características de la estructura y proceso de la atención médica.- Esto se refiere a la forma en que se prestan los servicios de salud y pueden determinar su utilización. La remuneración de los profesionales constituye sin duda un factor importante, así como los aranceles por servicio, impuestos de captación y salario que crean sus propios incentivos.

La gestión clínica se define como: una iniciativa dirigida a optimizar la práctica clínica para conseguir el mayor beneficio, para el paciente en las mejores condiciones, tanto para el médico y a un costo que se pueda asumir<sup>13</sup>, con un solo objetivo que es el de mejorar la calidad de los servicios.

Para la adecuada administración de los servicios de salud es necesario conocer de forma cualitativa y cuantitativa su realidad. Conociendo el número de pacientes atendidos por cada médico y relacionado hacia la población asignada; lo que permite un análisis cuantitativo<sup>13</sup>. El análisis cualitativo permite clasificar las consultas según la metodología de Casajuana referido por Orozco<sup>13</sup>, es posible categorizar las consultas en función de su contenido clínico y previsibilidad, siendo esto interesante desde la óptica de la gestión y muy práctico para desarrollar planes de contingencia según las demandas.

### **1.1.4.3. Relativos al paciente.**

La preocupación principal de la práctica médica por el cuerpo y la enfermedad física, es bien conocida, hechos que dan origen al modelo biomédico que se basa en dos elementos, el reduccionista, que conceptualiza a toda enfermedad en términos de daño o lesión de los mecanismos fisicoquímicos; y el exclusivista, que excluye las dimensiones sociales, psicológicas o conductuales de la enfermedad.

Por otra parte el modelo biopsicosocial permite entender la integración e interacción de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud y plantea que para que un síntoma o una enfermedad ocurran se requiere cuando menos de tres de los siguientes elementos<sup>44</sup>:

- 1.- Un evento crítico o desafío del sistema, como la exposición a un agente infeccioso o la pérdida de un integrante de la familia.
- 2.- Vulnerabilidad fisiológica, como la predisposición a un espasmo bronquial.
- 3.- Compromiso de uno o de más de los sistemas orgánicos.

La utilización de los servicios de salud, junto con el concepto de salud-enfermedad, ya han sobrepasado el marco biomédico estricto para convertirse en un fenómeno sociocultural, en donde interviene directamente las características del paciente, de la organización que brinda la atención. Entrando en juego la percepción de la necesidad de salud que cada individuo tiene, es conocido que pequeños grupos de pacientes demandan mayor atención médica, en estos entran en juego diferentes variables como son: el mismo paciente, como él interpreta su necesidad de salud, sus factores sociodemográficos entre los cuales tenemos la edad, el sexo, zona donde habita, factores familiares, como estructura familiar, ciclo vital en el que se encuentra, función que desempeña, si existe algún tipo de disfunción, y finalmente los problemas de salud que tiene dentro de los que se destacan los diagnósticos, el número de medicamentos

prescritos, número de fármacos que se encuentra tomando, o si el tratamiento es largo. De todo lo anterior se desprende la percepción que el individuo guarda sobre su salud y es esta la que lo hace acudir o no a la consulta<sup>10</sup>.

Las disfunciones familiares son capaces de generar problemas de salud uno de los miembros de una familia, esto obliga a ese individuo a hacer uso de los servicios de salud, pero igualmente es conocido que el individuo que se enfermó, haga uso del servicio pero en raras ocasiones pone al descubierto su problemática familiar, ocasionando que la forma de abordar los síntomas y signos sea diferente, a la esperada si revelase de inicio su problemática familiar. Si bien es desconocido por los pacientes que los problemas familiares son condicionantes de detonar trastornos físicos, con signos y síntomas<sup>6</sup>.

La utilización de los servicios resulta de una interacción entre pacientes y médicos, misma que se sucede dentro de una organización social. Muchas de las características y atributos de los pacientes, están relacionados con su utilización. Esto se engloba en la percepción de la enfermedad o de la probabilidad que esta ocurra, son casi siempre un factor necesario para la utilización de los servicios<sup>2</sup>.

Existen otros factores relacionados con la utilización por parte del paciente, dichos factores se pueden dividir en dos grandes categorías sociales, mismas que son: factores demográficos y factores culturales<sup>2</sup>.

Dentro de los factores demográficos se encuentra: la edad, el sexo, la raza, factores étnicos, el estado civil, el nivel de educación, el nivel económico del paciente; todos estos hacen que el paciente observe y se comporte diferente ante una enfermedad lo que condiciona la utilización de los servicios de salud por este paciente.

Dentro de los factores culturales se tiene a la tecnología y valores del paciente, estos condiciona de acuerdo a su grado de entendimiento la utilización de servicios especializados o la no utilización de los servicios de salud dependiendo el caso.

Según la terminología de Andersen y Newman referidos por Denver<sup>2</sup>, todos estos factores determinan la predisposición, incluye también los factores determinantes de la utilización lo que se llaman factores posibilitantes, entre los cuales incluyen variables relacionadas con la familia, como son los ingresos económicos, existencia de seguro de salud o derechohabencia a una institución de salud, tipo y acceso a las fuentes regulares de atención, y también a los factores relacionados con la comunidad, como la disponibilidad de atención, el precio de los servicios de salud, la región del país donde se encuentren estos servicios y el carácter urbano o rural de los mismos<sup>2,3,22</sup>.

El nivel de enfermedad o necesidad de atención médica es sin duda un solo factor condicionante de utilización de los servicios. Otros autores incluyen entre los indicadores de necesidad de atención, al nivel de la actividad realizada por el paciente, los síntomas percibidos de enfermedad, la limitación crónica de la actividad, y finalmente el diagnóstico<sup>2,3,22</sup>.

#### **1.1.4.4. Relativos a la familia.**

La familia, en su triple condición de transmisora de cultura sanitaria, generadora por sí misma de demanda y recursos ante los problemas de salud, marca un determinado estilo en la valoración de la necesidad y en la demanda de servicios, por lo que se convierte en un elemento fundamental en el proceso de utilización de las consultas médicas<sup>11</sup>.

Son determinados procesos intrafamiliares los que definen quién está enfermo y quién no lo está, así como el tipo de atención que pueda requerir y las fuentes, además del gasto destinado a la atención de la enfermedad<sup>8,20,22</sup>.

Aunque la necesidad es una percepción individual, depende de factores intraindividuales como el substrato sociocultural y las experiencias anteriores que la familia tiene ante un síntoma o un dolor, de tal forma las creencias familiares y su cultura sanitaria, pueden incrementar el uso de la consulta médica o, por el contrario, reducir la necesidad o incluso impedir el contacto con el sistema sanitario<sup>8,20,22</sup>.

En la búsqueda de explicaciones al fenómeno de la hiperutilización, De la Revilla<sup>6</sup> cita en unos de sus trabajos, el modelo de Smilkstein, que indica por una parte, que la falta de recursos familiares, ante lo cual se explica que las familias pasan de la norma función a la disfunción, cuando ante la presencia de una crisis, se carece de apoyo social, entonces, el paciente busca en el médico, de forma reiterada, el apoyo extrafamiliar que necesita.

Por otra parte, la falta de comprensión del médico para relacionar una posible alteración de la funcionalidad familiar con la utilización de la consulta, lo que da lugar a un tratamiento sintomático que no resuelve el problema y con el tiempo a un rechazo del paciente por parte del médico que ve aumentada su consulta<sup>8,20</sup>.

En un estudio realizado por De la Revilla<sup>6</sup> refiere que hay dificultades para que en una consulta se reconozca la presencia de problemas en la dinámica familiar o del orden psicosocial. Esto porque los pacientes no correlacionan su sintomatología clínica con acontecimientos de la vida cotidiana, y que pueden estar influyendo en su sintomatología. La familia disfuncional, tiene problemas para mantener la homeostasis, generando esto problemas palpables en uno de sus miembros, con la finalidad de conservar el equilibrio familiar.

Se manifiesta que las familias normo funcionales van a consultar por procesos agudos, claramente identificados mismos que justifican su demanda, mientras que los pacientes procedentes de familias disfuncionales, consultan en mayor proporción por síntomas y signos mal definidos o problemas psicológicos generando una mayor demanda de los servicios de salud.

#### **1.1.4.5 Relativos al médico.**

Dentro de los factores relacionados con los profesionales de salud, especialmente por los médicos, se encuentra la última categoría de los determinantes de la utilización de los servicios de salud y que está constituida por dos grupos principalmente que son: las características económicas y las características de la formación profesional<sup>2</sup>.

Características económicas. Existe una creciente tendencia entre los economistas de la salud en el sentido de que la interacción tradicional entre oferta y demanda no resulta aplicable en el mercado de la salud. Por el contrario. La alternativa del desplazamiento de la demanda o hipótesis de la inducción, indica que los médicos tienen la capacidad de generar demanda para sus servicios o para decirlo en términos económicos pueden desplazar la posición de la curva de demanda de los consumidores. Fuchs y Kramer referidos por Denver<sup>2</sup>, revelaron que los factores de la oferta tecnología y número de médicos, parecen tener decisiva importancia en la determinación de la utilización y gastos de servicios médicos.

- Los usuarios de los servicios no tienen verdadera conciencia de la magnitud de sus necesidades.
- La aparición de una enfermedad en un momento dado es un fenómeno aleatorio, involuntario a menudo de carácter urgente. Debido a esto y al hecho de que no se sabe qué beneficios resultarán de la utilización de los servicios antes del tratamiento, los consumidores no pueden tomar decisiones racionales respecto de la utilización de los servicios.
- Los pacientes no saben a que servicios recurrir.
- La mayoría de los tratamientos requieren la aceptación por parte del paciente.

Características de la formación profesional. Las características de los profesionales también determinan la utilización de los servicios. Por ejemplo, la conducta de los médicos influye de forma importante en la demanda de los servicios de salud, esto dependiendo del grado de especialización, de la universidad de la cual egresaron y el número de años transcurridos desde que finalizaron sus estudios; por ejemplo, se ha demostrado que los médicos que han estudiado en facultades que tienen una orientación científica-médica generalmente utilizan menos recursos clínicos y técnicos; sin embargo, en una situación de incertidumbre (cuando no se conoce el diagnóstico), tienen a utilizar más servicios<sup>17,19,20</sup>.

El entorno en el que trabajan los médicos también afecta su actividad, es sabido que las normas y reglamentaciones ejercen influencia sobre su conducta, sobre su forma de proceder ante alguna situación, al igual que acatar disposiciones en las cuales no estén de acuerdo como por ejemplo a la realización de algún tipo de consulta protocolizada como sería control prenatal, hipertensión arterial o diabetes, en las cuales el médico puede no sentirse tan libre de externar o manifestar su tratamiento, por que tienen que seguir normas establecidas con dichas consultas, como el cambio de tratamiento. Finalmente, otros factores tales como número y calidad del personal auxiliar, equipo y utilización de innovaciones tecnológicas están estrechamente relacionados con la conducta del médico y su desempeño ante sus pacientes.

### **1.1.5.- Papel del médico familiar.**

En la actualidad la familia debería ser la unidad de estudio de cualquier disciplina médica, dado que una visión reduccionista e individualista de una práctica médica encaminada más a la reparación del daño que a la prevención y que desmerite el papel del grupo familiar en el proceso salud enfermedad, constituye un rotundo fracaso en la prevención de la enfermedad y en la conservación de la salud<sup>44</sup>.

Los males del individuo, la familia y la sociedad forman un continuo y una medicina que pierde de vista lo concreto y lo humano, pierde por completo su razón de ser y su virtud. El médico que deja de comprender al individuo como un todo, invariablemente caerá en la práctica médica impersonal y fragmentada que hace del ser humano un objeto. Huerta González José Luis<sup>44</sup> cita en su libro “La familia en el proceso salud-enfermedad”, a los siguientes autores, “el hombre –según René Dubos- no responde como un ensamble mecánico de partes, sino como un organismo de compleja historia”. Carlos Monsivais indica que: “ante el médico, desde su indefensión, los pacientes no desean que se les trate como habitáculos de enfermedades, sino como propietarios de recelos, angustias, júbilos y terrores a la espera de un gesto...”. “El médico –dice Ignacio Chávez- no es un mecánico que debe de arreglar un organismo enfermo como se arregla una maquina descompuesta. Es un hombre que se asoma a otro hombre con un afán de ayuda, ofreciendo lo que tiene, un poco de ciencia y un mucho de compasión y simpatía”<sup>44</sup>.

El médico familiar, es aquel que lejos de convertirse en una pieza de un complicado engranaje, perdiendo el sentido del conjunto y del todo, se interesa más por el enfermo que en la enfermedad y se esmera en brindar una atención más personalizada y humanista capaz de promover el desarrollo permanente del individuo.

El quehacer médico, es una interacción entre gente, en que la simpatía y la comprensión deben ser dispensados pródigamente; la recompensa será encontrada en ese personal lazo de unión, la más grande satisfacción de la practica médica.

Hace aproximadamente treinta y nueve años, comienza la necesidad de encontrar un nuevo tipo de médico, entendiéndolo como un profesional capacitado en la atención integral y continúa de las personas, y de su entorno<sup>19</sup>.

La atención médica basada en la población precisa de adquirir nuevos conocimientos, habilidades y actitudes que permitan ir al médico mas allá del campo biológico, esto se refiere al estudio y aplicación de las ciencias sociales, materias que se enseñan a los profesionistas de la salud que trabajan inmersos en la comunidad<sup>41</sup>.

El médico familiar asume como objeto básico la atención de la familia con enfoque preventivo y de continuidad, para realizar dichas actividades necesita conocimientos y habilidades que facilitarán el desarrollo de un enfoque integral para atender las causas de la enfermedad como para realizar intervenciones de apoyo, orientación o derivar a terapia familiar<sup>19</sup>.

Una de las barreras con las cuales se ha topado la aceptación de la atención primaria, es el propio médico, mal entendiendo el concepto al igual que sus objetivos, pensando que la atención primaria es de segunda clase, que está solo busca atención para un gran número de pacientes en deterioro de la calidad, que al ser trabajador de este modelo se pierde la posición social, que no hay acceso a tecnología de punta como lo existe en otras especialidades. Olvidando los principios que son satisfacer las necesidades del individuo, la familia y las comunidades<sup>11</sup>.

Es importante resaltar que, aunque se haya decidido acudir al médico, los pacientes no siempre le comunican todos los síntomas o padecimientos.

La teoría de la comunicación, como señala Watzlawick referido por De la Revilla<sup>6</sup>, concibe el síntoma como un mensaje no verbal. Es decir, que a través de manifestaciones clínicas mal definidas, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, el paciente asignado, comunica con el médico la situación de disfunción familiar, y ello, le permite acceder al sistema de salud y demandar ayuda.

Para abordar correctamente los motivos de consulta es importante tomar en cuenta el modelo explicativo propuesto por De la Revilla<sup>1</sup>, el cual lo divide en tres fases:

### **Primera fase:**

Lo que ve el médico. El médico recibe diferentes tipos de demandas, unas veces el paciente refiere manifestaciones somáticas, que en la mayoría de las ocasiones corresponden a síntomas poco precisos (dolores musculares, cefalea, molestias faríngeas) que se pueden catalogar como síntomas y signos mal definidos, o bien el cuadro clínico sugiere un proceso más concreto que puede ser catalogado de forma provisional en úlcera péptica, crisis de ángor, asma, entre otros. En otro grupo de pacientes, con síntomas somatiformes, el clínico puede llegar a la conclusión de que el enfermo presenta trastornos afectivos, ansiedad, angustia o fobias.

Ante estas manifestaciones el médico suele optar por dos soluciones: prescribir un tratamiento sintomático, o bien remitirlo al hospital de referencia o a los servicios de apoyo. No es infrecuente que a una parte de estos pacientes se le diagnostique mal y con el se inicie una cadena de consultas y prescripciones que, sin resolver el caso, generan el uso no justificado de servicios de atención primaria y/o hospitalario.

### **Segunda fase:**

Detrás de lo que ve el médico. Un elevado porcentaje de pacientes con las características que se han descrito presentan problemas psicosociales. En la mayoría de las ocasiones, el enfermo no suele hacer comentarios acerca de los conflictos

interpersonales, familiares o profesionales que lo afectan y, desafortunadamente, cuando lo hace no es atendido por su médico, ya que muchos profesionales consideran estos aspectos poco relevantes o incluso que su atención no es competencia del médico de familia.

Las manifestaciones clínicas mal definidas, molestias orgánicas no del todo claras, depresiones, crisis de ansiedad, pueden tener su origen en situaciones como alcoholismo y malos tratos, defunciones del padre o un hijo, situaciones laborales, conflictos económicos<sup>20</sup>.

### **Tercera fase:**

Lo que nunca se investiga y por lo tanto no se conoce es el origen y causa última de los problemas.

La evaluación familiar por parte de el médico de familia, comprende actividades de carácter clínico que se vincula con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud. Los elementos biológicos han sido los más ampliamente estudiados, desde el nivel molecular hasta el epidemiológico; sin embargo, por su gran importancia, los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad.

La evaluación de la dinámica familiar requiere del entendimiento conceptual de diversos componentes que intervienen en la relación de los integrantes de la familia y que determinan su composición, características, estructura y funcionalidad. De esta manera de las diversas teorías que han surgido para evaluar a las familias, permite identificar también las necesidades de desarrollar instrumentos que contribuyan a la medición de los elementos o constructor que integran los diversos modelos.

### **1.1.5.1 Relación Médico Paciente.**

La medicina en los últimos años ha sido arrastrada por la ciencia, ha perdido su propósito natural y confunde su destino original de ser una profesión humana, al querer convertirse en una ciencia pura<sup>44</sup>.

El paciente, se ha definido como la persona o colectividad que entra en contacto con un sistema de salud, lo que no significa que todo paciente que sea atendido este enfermo, ni que toda persona, llegue a necesitar los servicios de salud. Partiendo de esto, todo ser que entra en contacto con un médico puede convertirse en un paciente por solo acudir a una revisión.

Al fenómeno que incita a una persona a acudir al médico y que hace de ella un paciente, Feistein, referido por Huerta González<sup>44</sup>, le denominó estímulo iatrotópico; estímulo que no representa necesariamente un síntoma o signo de una enfermedad, ni que sea una enfermedad somática evidente.

El paciente considerado como un ser humano con preocupaciones, miedos, esperanza, considerado como un todo y no solo como un portador de órganos enfermos, es quien constituye el legítimo objeto de interés médico y el más firme indicador de lo que ocurre en la práctica médica, lo cual forma la más alta expresión de la ciencia porque se preocupa, de los diferentes aspectos del hombre en su humanismo<sup>44</sup>.

Por muchos años la enseñanza de la medicina ha estado orientada a la detección y curación de síntomas, capacitando al médico para interrogar, no para conversar, ni dialogar con el paciente y de esta forma difícilmente se aprende a detectar el verdadero estímulo que condujo al paciente hasta el médico.

Al no permitir una comunicación abierta se pierden gran cantidad de datos valiosos, pérdida que repercute en la pobreza terapéutica, pues no solo se desconocerá el

estimulo iatrotrópico, si no que se ignorara las motivaciones, expectativas y forma de vida del paciente, y lo qué es mas importante, no se puede curar a quien no se conoce<sup>44</sup>.

Lejos de aquellas ideas de que la función exclusiva del médico consistía en el diagnostico clínico y anatomopatológico, el ejercicio de la medicina exige, hoy más que nunca, que los profesionales de la medicina sean poseedores no solo de una capacitación técnica y cinética, sino que además, portadores de una vocación humanista dispuesta siempre a:

- Reconocer y respetar los derechos del hombre, empezando por el primero y mas importante, que es el derecho a la vida.
- Respetar en todo momento la dignidad del ser humano, lo cual debe de ir implícito en la trasformación de los principios tradicionales que rigen el quehacer médico.

En el pasado los principios del médico y la actitud del paciente estaban perfectamente definidos y separados:

- Principios del médico: No causar daño, hacer el bien, abstenerse de emplear su pericia en actos manipulativos o coercitivos.

- Actitudes del paciente: Tener confianza en el médico, seguir las indicaciones médicas.

En el modelo predominante, esta relación médico-paciente se centra en la identificación del problema, más que en el conocimiento de la persona. En la actualidad, debido a la formación y transformación de la relación medico-paciente, se sugieren los principios morales intermedios basados en lo siguiente:

- a) Responsabilidad compartida, fundamentada en el conocimiento.
- b) Respeto mutuo

c) Combinación pericia y ética.

La principal diferencia en este nuevo concepto con los preceptos de la moral hipocrática, esta en que el paciente, de receptor pasivo del servicio médico, se transforma en un participante activo del proceso al demandar mayor información y mayor participación en las decisiones concernientes a su salud.

En el ámbito profesional donde ha permanecido la actitud paternalista del médico, por ser él quien asume la toma de decisiones que afectaban al enfermo, estos hechos han implicado, mayores obligaciones y responsabilidades correlativas<sup>44</sup>.

Conocer las formas bajo las cuales los pacientes utilizan los servicios de salud, es de suma importancia para prevenir y resolver problemas de salud, constituyéndose en una pieza clave para el diseño de estrategias con la finalidad de mejorar los servicios de salud<sup>26</sup>.

Estudios convencionales como encuestas de salud, miden y dan características de los patrones de utilización, de forma que se pueden identificar la magnitud del problema y los factores asociados, pero por su característica propias esta técnica de encuesta no facilita explorar aspectos, que permitirían entender cómo y por qué operan otros factores, que influyen sobre la decisión de utilizar los servicios de salud<sup>26</sup>.

El médico se enfrenta a manifestaciones orgánicas, psíquicas y psicosomáticas, algunas veces sin poder establecer una relación causa-efecto, perdiendo de este modo una importante oportunidad de analizar los factores desencadenantes de crisis, por no contar con indicadores que permitan relacionar estas causas<sup>6</sup>.

Los pacientes al igual que el médico no relacionan su situación física a factores estresantes vitales, tales como: el pase de una etapa a otra del ciclo de vida familiar o a disfunción familiar<sup>6</sup>.

La teoría de la comunicación, concibe el síntoma como un mensaje no verbal, a través de manifestaciones clínicas mal definidas, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo del paciente, este mensaje será más claro en cuanto exista más confianza con el médico que lo este tratando.

La relación médico-paciente es la puerta de entrada para la realización de la historia clínica y la oportunidad más importante que tiene el médico para conocer el padecer del paciente. En el establecimiento de esta relación conviene que exista una conexión real entre el paciente y el médico, donde se influyan mutuamente al estar en posibilidades de comunicar sentimientos y pensamientos no solo de la enfermedad sino también del malestar o indisposición por conflictos emocionales, situacionales, laborales y socioculturales que en un momento dado repercuten en forma negativa en la salud del individuo<sup>27</sup>.

Es del todo cierto que las relaciones interpersonales corresponden al campo de la psiquiatría, solo se tomara de esta disciplina los elementos necesarios para fundamentar el modelo de comunicación humana en la relación médico-paciente.

Algunas políticas de salud –la institucionalización y medicalización de la medicina- afectan la relación médico-paciente, con mayor riesgo de lucro para el médico, y dependencia, cosificación<sup>27</sup> y fragmentación para el paciente<sup>27</sup>.

En la actualidad, la relación médico-paciente se ha enriquecido con aportaciones de la psicología transpersonal, la sociología, la antropología, la informática, la lingüística, la educación y las ciencias de la comunicación<sup>27</sup>.

La relación médico-paciente es un factor determinante en la utilización de los servicios de salud, ya que es sabido que si el paciente se siente satisfecho con su médico, si se siente en confianza y que exista la conexión real entre ambos, será mas fácil para el paciente indicar lo que esta pasando con su salud y para el médico tratante comprender desde un principio la problemática actual del paciente, si existe un grado

de alteración orgánica, si presenta un proceso patológico real o se trata de un problema emocional, el que esta afectando al paciente; logrando de esta forma disminuir la utilización de los servicios de salud ya que la relación médico-paciente tiene como fin el conocer y establecer un vínculo entre paciente y médico. Pues de inicio éste es el único que sabe lo que siente (síntoma), aunque no es capaz de expresarlo en un lenguaje técnico que lleve directamente al signo que el médico posteriormente identificará y correlacionará con algún trastorno del funcionamiento mental/corporal.

### **1.1.6. Estrategias para disminuir la demanda.**

Es claro que no existe cultura de prevención entre la población, esto se puede explicar mediante la unión de diversos factores, que traen como consecuencia que sea necesario incrementar esfuerzos educativos, para fomentar el auto cuidado de la salud, dando como resultado una cultura preventiva en materia de salud<sup>26</sup>.

El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan los servicios de salud, tanto para prevenir como para resolver un problema de salud, constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población. Al definir los mecanismos que favorecen el uso óptimo y adecuado de los servicios, es muy importante saber en qué circunstancias se acude al médico, por qué se selecciona determinado servicio y qué factores influyen en estos patrones.

El médico familiar debe conocer en su ejercicio profesional el término gestión clínica, el cual es definido como una iniciativa dirigida a optimizar la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente en las mejores condiciones para el profesional y a un costo que la administración pueda asumir como objeto final, mejorar la calidad del servicio sanitario.

La gestión de la consulta debe comenzar con el análisis de cada realidad concreta. Cuando se conoce: el cuánto, el qué y el cómo, de lo que se está haciendo en la consulta, se tiene la disposición de escoger las soluciones más pertinentes. Esto permite mejorar la utilización de las dos herramientas fundamentales que la condicionan: los circuitos organizativos (gestión de la demanda) y la agenda (gestión del tiempo).

Para administrar la demanda es necesario conocer previamente de forma cuantitativa y cualitativa su realidad. El análisis cuantitativo permite conocer el número de pacientes

atendidos por cada profesional y relacionarlo con la población asignada. El análisis cualitativo permite clasificar las visitas según su motivo de consulta y su previsibilidad.

Las estrategias de los diferentes estudios para intentar disminuir la hiperutilización de estos pacientes pasa por su inclusión en las visitas programadas para descongestionar la visita a demanda y la utilización de protocolos o guías de atención sanitaria para su seguimiento<sup>1</sup>.

Disminuir la hiperutilización es una tarea ardua porque se debe integrar las necesidades de la población con la organización del equipo y porque el aumento de la oferta conlleva a un incremento de la demanda que, si no se sabe canalizar, puede llevar al colapso del servicio por los mismos usuarios.

Existen estudios<sup>20,23</sup> que proponen como medio para controlar la frecuentación la creación de lo que llaman “La agenda de calidad”. Con ella proponen controlar el 65% de todas las citas diarias en un centro de atención primaria, controlando su presión y su flujo,

La agenda de calidad no es sinónimo de informatización, sino de organización. Pero si es cierto que la primera, permite mejorar de manera importante el acceso a las agendas y mejorar los datos necesarios para disminuir las visitas del hiperutilizador con la resolución de los procesos administrativos y evitando las demoras entre las fases de asistencia, ajustando los tiempos de recepción de las pruebas de las visitas sucesivas.

## 1.2 Planteamiento del problema.

El médico dentro de la organización de los servicios de salud, tiene una doble función: a) modificar las necesidades y el papel del enfermo y b) generar a partir de sus propias necesidades la utilización de los servicios de salud<sup>1</sup>.

Por lo que se sabe la utilización de un servicio de salud es una interacción entre los pacientes y los médicos; es una conducta compleja que esta determinada por varios factores tanto sociales como culturales, por lo que la utilización de los servicios de salud se ve rodeada entre otros factores a los relativos al profesional de la salud como elemento al frente de un equipo de salud<sup>2</sup>.

La utilización de los servicios de salud, está constituida por los factores relacionados al médico, estos factores se les puede dividir en dos grupos: características económicas y características de la formación profesional<sup>2</sup>.

Dentro de los económicos, simplificando, se puede considerar que el proceso de utilización consiste en una etapa iniciada por el paciente (visita inicial) y una etapa generada por el médico (visita subsecuente) denominada utilización<sup>2</sup>.

Acerca de las características de los médicos, éstas también determinan la utilización de los servicios de salud. La conducta de los médicos en la generación de la utilización de los servicios de salud depende de su grado de especialización, de la universidad de la cual egresaron, del hospital donde realizaron su residencia y del número de años transcurridos desde que finalizó su residencia. Se ha demostrado que los médicos que han estudiado en facultades que tienen una orientación científico-médica generalmente utilizan menos recursos clínicos y técnicos; más sin embargo en una situación de incertidumbre, tienden a utilizar más servicios. Al igual el entorno en el que trabajan los médicos también afecta su actividad profesional, es sabido que las normas y los reglamentos ejercen influencia sobre su conducta. Finalmente otros factores como el

número y calidad del personal auxiliar, equipos, y utilización de las innovaciones tecnológicas están estrechamente relacionados con la conducta del profesional en cuanto a la utilización de los servicios por parte de sus pacientes<sup>2</sup>.

De la Revilla<sup>9</sup> cita a Corney quien comprobó, que sólo el 37% de los pacientes con problemas psicosociales habían consultado a su médico. Gran parte de estos problemas tiene su origen en situaciones familiares, como las transiciones del ciclo de vida familiar o episodios vitales estresantes, que son desencadenados hacia dentro de la familia<sup>9</sup>.

Los problemas psicosociales dan lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones en la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en alguno de sus miembros.

El médico familiar, no recibe a sus pacientes catalogados previamente como portadores de problemas psicosociales, a diferencia de otros profesionales de la salud como los psiquiatras, psicólogos y terapeutas. A la consulta acuden con síntomas orgánicos, psíquicos o psicosomáticos, sin revelar en la gran mayoría de los casos la existencia de estrés social o conflictos familiares, de ello se desprende que el médico, debe de ser capaz de interpretar e integrar la sintomatología referida por su paciente para un diagnóstico adecuado y de esta forma evitar la utilización o sobreutilización de los servicios de salud<sup>9</sup>.

El médico se enfrenta a manifestaciones orgánicas, psíquicas y psicosomáticas, sin poder establecer una relación causa-efecto con lo que ocurre en la familia, por lo que debe de ser hábil para realizar una investigación sobre los factores desencadenantes de la crisis, es decir, del origen de los problemas<sup>6</sup>.

Para gestionar la demanda de los servicios, es necesario conocer previamente de forma cuantitativa y cualitativa la realizada de los servicios de salud. El análisis de lo anterior, permite conocer la demanda de consulta que tiene el médico, y con esto

realizar un balance de acuerdo a la población asignada, con el fin de valorar de la saturación de la consulta.

En un estudio realizado en Valencia España <sup>13</sup>, se pretendía conocer mediante observador externo, la situación real en la que se encuentran las consultas médicas de atención primaria, en función a la naturaleza de la consulta y de las necesidades del paciente, lo que permitió categorizar la información de forma más homogénea por medio del observador, también se aclara que el efecto sobre los médicos al sentirse observados, pudo influir en la actuación de los mismos con sus pacientes, de forma que pudieron dedicar más tiempo a la consulta o al paciente, realizando actividades clínicas mas completas que lo que comúnmente están acostumbrados a realizar<sup>13</sup>.

La relación médico-paciente es la puerta de entrada que tiene el médico para conocer el padecer de su paciente. En el establecimiento de esta debe de existir una conexión entre los interactuantes, donde lleguen a comunicar pensamientos y sentimientos, no solo derivados de la afección orgánica, sino también del malestar o indisposición por conflictos emocionales, situacionales, laborales y socioculturales<sup>27</sup>.

Dentro de los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud, entre otros están los que involucran al profesional médico. Dichos factores estarían relacionados con el estilo de práctica profesional y con el nivel y tipo de formación, fundamentalmente. Las variables dependientes del profesional, del entorno y, especialmente de la organización de los servicios de salud, son menos importantes que las del paciente, pero a diferencia de estas ultimas tienen ventaja, de que se pueden utilizar con más facilidad para la intervención y mejora de la atención medica a través de un uso más racional de los recursos sanitarios, en ocasiones para aumentarlos, como puede ser el caso de algunos servicios preventivos y en otras para disminuirlos, como en el caso de la hiperutilización de los servicios de salud<sup>28</sup>.

En el estudio de “el profesional y la organización en el uso de recursos de atención primaria”, realizado en la región de Murcia <sup>28</sup>, se recolectaron las siguientes variables

referentes al médico que podrían influir en la utilización de los servicios de salud y del uso de los distintos servicios como son: existencia de rayos X, especialidades, laboratorios, etc. Y dentro de las variables referentes al profesional de la salud colocaron: la edad, género, antigüedad total ejerciendo como médico de atención primaria, la plaza actual, la vinculación a la plaza actual, la categoría profesional, lugar y año de formación graduada, lugar y tipo de formación posgraduada, tamaño del municipio, tamaño de la zona de salud, tipo del centro de trabajo, cupo y proporción de personas mayores de 65 años, tutor de formación de médicos de familia, número y tipo de especialistas del centro.

En el estudio de Murcia<sup>28</sup> se encontró que los médicos tutores de MF y que ejercen como tal, tienden a hacer menor uso de algunos recursos, también señala que los médicos que tiene base, hacen mayor uso de íterconsultas, de medicamentos y de los servicios que los demás, se apreciaron diferencias significativas según la facultad de licenciatura, según la formación de especialidad, al igual que en cuanto a la categoría profesional, lo que concluyen es que: la edad, género, antigüedad total ejerciendo la medicina, al igual que la antigüedad ejerciendo como médico de atención primaria, antigüedad en la plaza, vinculación a la misma, categoría profesional, lugar y año de formación graduada, acreditación, y tutor en la formación de médicos familiares no fueron significativas en dicho estudio, pero de esto se desprende que la utilización de los servicios de salud, va de la mano con la percepción de los médicos y de los conocimientos de los mismos sobre el tema<sup>28</sup>.

En las clínicas de medicina familiar del ISSSTE en el D.F. se ha detectado que en la consulta diaria, existe cierto número de pacientes que acuden en numerosas ocasiones a consulta, en muchas de estas, no refieren con exactitud su dolencia lo cual dificulta el establecimiento de un diagnóstico preciso por parte del médico y por tanto la posibilidad de no brindar la atención requerida, esto a la larga ocasiona insatisfacción por parte de los pacientes al no resolver sus dolencias, condicionando sobrecarga de la consulta y en muchas ocasiones gastos excesivos de recursos. De esto emana la

importancia de saber que tanto conoce el médico sobre el paciente hiperutilizador de servicios de salud.

Existen estudios realizados en los cuales se asocian factores del paciente como edad, sexo, tipo de consulta, estado civil, tipo de familia, posición social, posición demográfica, etc., dando como resultado un perfil del paciente hiperutilizador y este se asocia a la demanda de los servicios de salud por parte de estos pacientes<sup>3-15,22,23-26,35</sup>. En estos trabajos no se analiza como percibe el médico a este tipo de pacientes, si conoce en realidad los problemas de ellos, así como su fondo que los genera, si realizan acciones encaminadas a la detección de su enfermedad, si se les brinda una atención oportuna y eficaz.

En un estudio realizado en la clínica “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, se analizaron a los pacientes con sintomatología mal definida, que ocuparon cierto número de consultas y que acudieron a solicitarla por diversas patologías o por enfermedades crónico degenerativas y que en la mayoría de los casos se trato de pacientes con un nivel de educación medio superior o pensionados, por lo que se considera que es posible identificar un perfil del paciente hiperutilizador, lo anterior ha sido referido por la Dra. Salazar Colín<sup>35</sup>. En su estudio, considera que los médicos de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez”, estaban familiarizados con el término de hiperutilizador y su concepto. Por lo que se considera interesante realizar un estudio sobre la percepción de los médicos de esta unidad hacia los pacientes hiperutilizadores, partiendo de que no se encontró algún tipo de investigación que trate sobre la percepción que los médicos tienen del paciente hiperutilizador.

No se encontró investigación enfocada a los médicos en donde se valore el grado de conocimiento que se tiene sobre el concepto de paciente hiperutilizador, igualmente no se ha abordado el tema sobre los sentimientos que generan estos pacientes en el médico de atención primaria, para observar sus destrezas en cuanto a la detección y tratamiento de los pacientes hiperutilizadores.

Considerando que el fenómeno del paciente hiperutilizador es objeto de diversidad de estudios, es de interés conocer la perspectiva de los profesionales de la salud de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, de la misma forma, cobra interés conocer los sentimientos que generan los pacientes hiperutilizadores en el mismo médico, de la clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE zona sur del ISSSTE.

En el presente estudio, se trata de abordar y analizar los conocimientos y sentimientos que generan los pacientes hiperutilizadores en los médicos de dicha unidad de Medicina Familiar. Al igual se analizarán los conceptos que manejan los médicos generales y médicos familiares sobre el paciente hiperutilizador. Partiendo de que la percepción del médico es importante para establecer directrices y estrategias encaminadas a brindar una mejor atención médica y solucionar la problemática del paciente.

### **1.3 Justificación.**

A partir de la revisión del tema parece ser que la población con peor soporte social, y disfunción familiar tiene una mayor prevalencia de problemas de índole psicológica, que les induce a un superior consumo de los servicios de salud, de ahí la importancia de conocer la capacidad de los médicos para detectar dichos problemas<sup>7</sup>.

Determinar la importancia de los factores de los pacientes hiperutilizadores puede suponer un punto de partida para posibles cambios de actuación y planificación tendentes a racionalizar la utilización de las consultas de demanda<sup>7</sup>.

Los pacientes hiperutilizadores son los que demandan mayor volumen asistencial en los centros de salud. Constituyendo un problema para conseguir una buena atención sanitaria<sup>8</sup>.

Se considera que la edad del paciente es un factor predictivo de utilización: a mayor edad, mayor utilización de los servicios de salud. Al igual se conoce que un aumento en la oferta de los servicios de salud, conlleva un incremento directo de la demanda y no ayuda a disminuir la hiperutilización, también se sabe que estos pacientes no solo hiperutilizan los servicios de salud, sino que consumen un mayor porcentaje del tiempo de los médicos<sup>12</sup>.

Intentar disminuir la hiperutilización de los servicios de salud es una tarea ardua, porque debe de integrar las necesidades de la población, con la organización del equipo y porque el aumento de la oferta conlleva un aumento en la demanda de los servicios de salud, sino no se saben canalizar adecuadamente los recursos, pudiendo llevar al colapso los servicios por los mismos usuarios<sup>12</sup>.

El médico clínico es el que con sus decisiones en la práctica diaria inicia el consumo de la mayoría de los recursos sanitarios. El destino de estos recursos depende de las

decisiones del médico y, por tanto también depende de los resultados de la actuación del sistema de salud<sup>29</sup>.

Ante la falta de investigaciones enfocadas al médico, a los conocimientos que este tiene sobre el fenómeno del paciente hiperutilizador, y principalmente a los sentimientos que generan en él estos pacientes, surge la idea de realizar el presente trabajo, en el cual se abordaran aspectos relacionados con los conocimientos y conceptos del termino de hiperutilizador, motivos por los que se considera a un paciente dentro de este fenómeno, características de los mismos, manejo proporcionado, sentimientos que le generan estos dichos pacientes, tipo de consulta más frecuente que realizan los pacientes hiperutilizadores.

El presente trabajo, pretende identificar cuales son los conocimientos en los médicos generales y familiares de la clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, que tienen sobre el fenómeno del paciente hiperutilizador al igual que los sentimientos que en ellos desencadenan dichos pacientes, con el propósito de saber si los médicos de esta unidad de medicina familiar, manejan conceptos y si estos son los correctos para entender al paciente hiperdemandante.

Se tratara de identificar cuales son los conocimientos acerca de de los términos: paciente hiperutilizador, hiperutilización de servicios, características del hiperdemandante, que manejan los médicos generales y familiares de la clínica de medicina familiar, para que en base a los resultados que se obtengan en esta investigación, se realice en un futuro una reflexión y autocrítica por los mismos médicos en cuanto a conocer cual es el conocimiento real que se tiene y manejan acerca de este tema, si estos conocimientos son los adecuados junto con sus conceptos, o difieren de los establecidos. Con la primicia de que un médico bien preparado es un médico capaz de realizar adecuadamente su labor, con precisión, y calidad con el beneficio único de sus pacientes.

Se intentara establecer en esta investigación el perfil del paciente hiperutilizador, proporcionado por los médicos de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE que participaron en este trabajo, partiendo del principio que si los médicos conocen las características del paciente con esta problemática y entienden su patología de base, en un futuro y tras el análisis de los resultados obtenidos, podrán proporcionar posibles soluciones a este fenómeno mismas que con el tiempo incidirán directamente en la disminución de la carga de consulta del médico trayendo directamente como consecuencia la satisfacción del paciente usuario de esta unidad al observar el acortamiento en el tiempo de espera de consulta y de los diferentes servicios proporcionados por la clínica de medicina familiar.

Esta investigación tratara de establecer cual es la sintomatología más común del paciente hiperutilizador de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, desde la perspectiva de los médicos participantes en este estudio, con los resultados obtenidos, los médicos de dicha clínica podrán hacer un análisis que identifique cual es la forma en la que están tratando, como los están reconociendo y cuales son los síntomas más comunes observados, si existe o no congruencia en los diagnósticos y tratamientos administrados, para que de esta forma se haga una reflexión para ver si están identificando a los pacientes con esta problemática, si se esta haciendo uso de los recursos disponibles en la unidad, si los manejos son de forma conjunta con el equipo de salud, de igual forma este trabajo podrá servir para que se identifique la forma en la que el médico general y familiar hace uso de los recursos a su alcance, de cómo estos últimos son sobresaturados de la misma forma que la consulta.

Posterior a la reflexión de los resultados de esta investigación y a la autocrítica, los médicos de la clínica de medicina familiar pueden proporcionar estrategias para identificar, tratar y canalizar adecuadamente a los pacientes hiperutilizadores, de esta forma se estará incidiendo de manera directa en la disminución de referencias a segundo y tercer nivel con la consecuente disminución de carga en estos servicios, al

igual se incidirá en el desabasto de la farmacia, y en el desahogo de los servicios existentes en la unidad de medicina familiar.

De igual manera, se cree que este trabajo de investigación puede aportar, la forma en la que el médico hace uso de los recursos y del equipo de multidisciplinario a su alcance, observando por medio del presente trabajo, la forma en la que se conduce, cuando existe involucramiento de los sentimientos desencadenados por un paciente hiperutilizador, de forma tal que se puede despertar el interés en la búsqueda de estrategias, para tratar de lograr entender la forma en la que se puede abatir la demanda de los servicios de salud en el primer nivel de atención, con la consiguiente satisfacción a futuro del paciente.

## **1.4 Objetivos generales y específicos.**

### **Objetivo General**

Identificar los conocimientos y sentimientos del personal médico hacia los pacientes hiperutilizadores de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE zona sur.

### **Objetivos Específicos:**

- 1.- Identificar los términos y/o significados de paciente hiperutilizador, hiperutilización de los servicios de salud, que manejan los médicos generales y familiares de la clínica de medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.
- 2.- Identificar el tipo de patología de base, que el médico consideran que tiene un paciente hiperutilizador.
- 3.- Identificar cómo los médicos generales y familiares determinan las características de los pacientes hiperutilizadores.
- 4.- Establecer cual es el motivo más común de consulta de los pacientes hiperutilizadores, identificados por los médicos generales y familiares.
- 5.- Conocer cual es el manejo más común que se les otorga a los pacientes hiperutilizadores por parte de los médicos generales y familiares en la unidad de medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

6.- Determinar cuales son los sentimientos más comunes que desencadena el paciente hiperutilizador en el médico general y familiar de la unidad de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

7.- Definir que tipo de necesidad identificada por el médico, es la más frecuente en el paciente hiperutilizador, en los consultorios de la unidad de medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

## **2.- MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **2.1. Tipo de estudio.**

Descriptivo, trasversal y retrospectivo.

### **2.2. Diseño de investigación del estudio.**

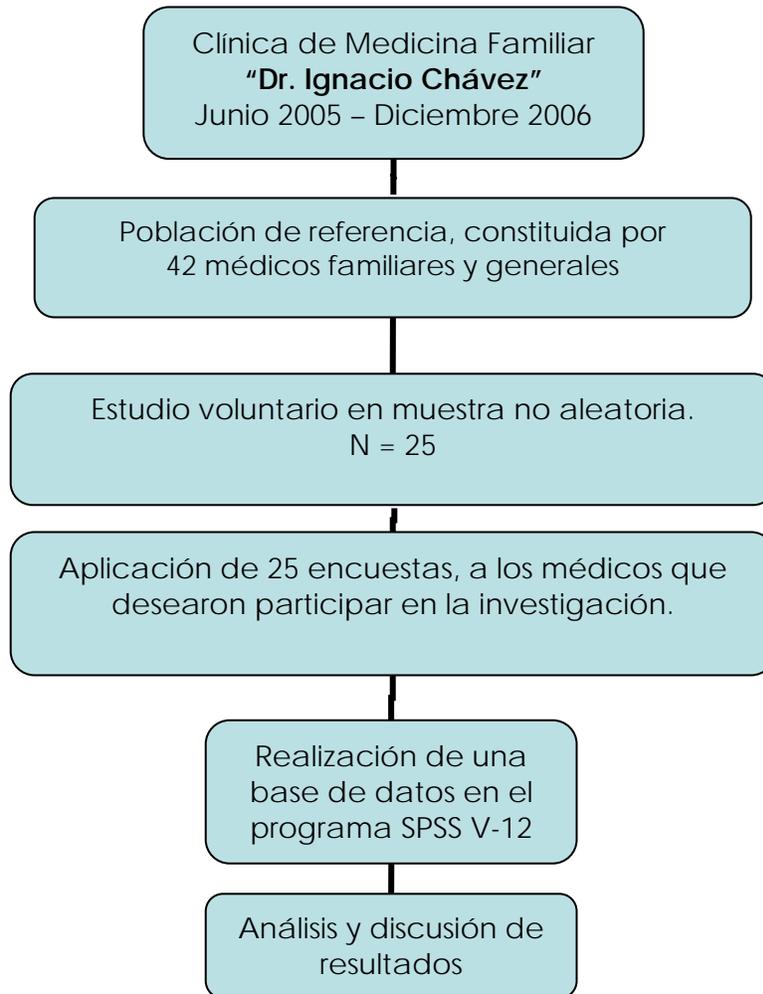
Para el estudio se siguieron las recomendaciones de la Guía para la Tutoría de Proyectos de Investigación en medicina familiar (GTPI), para realizar proyectos de investigación<sup>37</sup>.

- En el diseño de la investigación lo primero que se realizó fue la identificación de la planilla de médicos asignados a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, tanto en el turno matutino como en el vespertino, en esta plantilla se encontraron: 13 médicos generales, 21 médicos familiares, 2 médicos dentales, 2 médicos comisionados al sindicato, 4 comisionados a otras unidades, lo que hace un total de 42 médicos asignados a la clínica, restando los médicos que no se encontraron en dicha unidad, hacen un universo de trabajo de 34 médicos.
- Posteriormente se procedió a identificar el número de médicos que estuvieran trabajando en la clínica, descartando a los médicos que estuvieran de comisión en otras unidades.

- .Una vez identificado el universo de trabajo, se solicitaron las autorizaciones de la clínica para la realización de la aplicación de las encuestas en los consultorios de cada uno de los médicos, tanto del turno matutino como del vespertino.
- Se aplicó el cuestionario a todos los médicos que voluntariamente aceptaron participar en este trabajo de investigación, N = 25.
- Una vez obtenido el total de las encuestas, se realizó una base de datos en el programa estadístico SPSS 12, esto bajo la supervisión del asesor del trabajo de investigación.
- Finalmente se llegó a un análisis y descripción de los resultados obtenidos en esta investigación.

En la figura 2, se trata de esquematizar cuáles fueron los pasos en el diseño de este estudio, los mecanismos a los cuales se recurrió para la realización y el análisis, hasta llegar a la obtención de los resultados de la investigación.

FIGURA 2  
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO



### **2.3.- Población, lugar y tiempo.**

Se incluyeron a todos los Médicos de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, tanto del turno matutino como del vespertino, adscritos a dicha unidad lo que forma un universo de 42 médicos.

Se realizó en las instalaciones de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

Se aplicaron las encuestas en el periodo comprendido del 23 de Octubre al 20 de noviembre del 2006.

### **2.4.- Muestra.**

Muestra no probabilística, no representativa, no aleatoria, formada por 25 médicos pertenecientes a los consultorios de la clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE tanto del turno matutino como vespertino, que voluntariamente aceptaron formar parte de esta investigación.

#### **Tamaño de la muestra:**

La clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE tiene una planilla conformada por 42 médicos de los cuales se encuentran divididos de la siguiente forma:

Médicos Familiares 21.

Médicos Generales 13.

Médicos dentales 2.

Comisionados al sindicato 2.

Otras unidades médicas: 2 médicos generales y 2 médicos familiares.

De los 34 médicos, restando los comisionados y los que se encuentran en otras clínicas, aceptaron participar en la investigación solo 25.

## **2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.**

Criterios de inclusión.

- Médicos de la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE
- Médicos que tengan más de un año al frente de un consultorio de Medicina Familiar.
- Aceptación de participación al estudio.

Criterios de exclusión.

- Médicos que no desearon colaborar en el estudio.
- Médicos Familiares que no tuvieron mas de un año al frente de un consultorio de Medicina Familiar
- Negativa a participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

- No completar el cuestionario.

## 2.6 VARIABLES.

A continuación se presentan tablas que contienen el tipo y la escala de medición utilizada para las variables, están divididas conforme a las secciones de la encuesta aplicada, donde se especifican los nombres de cada una de las variables analizadas en el trabajo de investigación, al igual que el tipo a cual pertenece la variable, escala de medición y valor que le fue asignado cada una de las mismas.

### SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL DEL MÉDICO.

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES QUE TOMA LA VARIABLE</b>
No. de consultorio	cuantitativa	discontinua	Num. Consecutivo de 1 a n
Sexo	cualitativa	Dicotómica (nominal)	1. femenino 2. masculino
Edad	cuantitativa	continua	números enteros
Antigüedad en el ISSSTE	cuantitativa	continua	números enteros
Antigüedad en el consultorio	cuantitativa	continua	números enteros y fracciones de año
Escolaridad	cualitativa	ordinal	1. Médico General 2. Especialidad 3. Maestría 4. Doctorado
En los últimos años ha realizado un Diplomado	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Trabajo privado	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Número de empleos reenumerados	cuantitativa	discontinua	número consecutivo del 1 a n
Cargo que desempeña	cualitativa	nominal	1. Meta administrativa 2. Director 3. Medicina familiar 4. Gerontólogo 5. Aux. de dirección 6. Subdirector médico 7. Otros

## SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE EL CONSULTORIO Y POBLACIÓN ADSCRITA.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Pacientes adscritos a consultorio	cuantitativa	discontinua	núm. consecutivo de 1 a n
Familias en consultorio	cuantitativa	discontinua	núm. consecutivo de 1 a n
Número de consultas otorgadas al día	cuantitativa	discontinua	núm. consecutivo de 1 a n
Identifica a paciente hiperutilizador	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Número de paciente hiperutilizadores	cuantitativa	discontinua	número consecutivo de 1 a n

## SECCIÓN III. CONOCIMIENTO SOBRE PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Patología de base del hiperutilizador	cualitativa	nominal	1. Si 2. No 3. Especifique
Atención de paciente hiperutilizador	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Motivo de consulta del paciente hiperutilizador	cualitativa	nominal	pregunta abierta
Acción tomada ante el paciente hiperutilizador	cualitativa	nominal	pregunta abierta
Paciente hiperutilizador (definición)	cualitativa	nominal	pregunta abierta
Características del paciente hiperutilizador	cualitativa	nominal	pregunta abierta
Opinión de los paciente hiperutilizadores	cualitativa	nominal	pregunta abierta
Número de veces que acude el paciente hiperutilizador al año	cuantitativa	discontinua	número consecutivo del 1 a n
Estrategias a realizar	cualitativa	nominal	pregunta abierta

**SECCIÓN IV. SENTIMIENTOS DEL MÉDICO ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.**

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES QUE TOMA LA VARIABLE</b>
Necesidad especial del paciente hiperutilizador	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Acción ante el paciente hiperutilizador	cualitativa	nominal	1. Tratamiento sintomático 2. Envío al laboratorio 3. Canalización a terapia familiar 4. Acceso libre sin cita 5. Canaliza a especialidad 6. Estudia su patología 7. Incluye en un protocolo de estudio 8. Alta 9. Otras

<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>VALORES QUE TOMA LA VARIABLE</b>
Enfado	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Cefalea	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Depresión	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Solicita medicamentos	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Reto a mi experiencia profesional	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Mas tiempo dedicado	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Limitación del tiempo	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Agrada tratarlos	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Quitán tiempo	cualitativa	nominal	1. Si

			2. No
Generan culpa	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Solo ver este tipo de pacientes	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Ponen a prueba las destrezas	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Inquietud	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Cansancio	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Irritación	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Depresión	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Que otro medico los trate	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Deshacerse de ellos lo mas pronto	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Ocupan consulta que otros pacientes necesitan	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Poner en duda capacidad	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Disgusto	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Confort	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Malestar	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Gusto por atenderlos	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Tomar caso hasta solución	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Les doy forma de localizarme	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Miedo	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Consultas rápidas	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Días mas pesados	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Intranquilidad	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Ansiedad	cualitativa	nominal	1. Si 2. No

Mal humor	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Indiferencia	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Alegría	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Son como el resto de los pacientes	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Inconformidad	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Malestar gástrico	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Sensación de no poder resolver el problema	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Molestia por tener cada vez nuevos problemas	cualitativa	nominal	1. Si 2. No
Resolución de problemas sinónimo de buen médico	cualitativa	nominal	1. Si 2. No

## 2.7 DISEÑO DE LA BASE DE DATOS.

A continuación se presentan tablas que contienen la base de datos que se utilizó para el análisis de la información obtenida, dentro de estas se encuentran: el nombre de la variable, el tipo de la variable, ancho de la columna, etiqueta de la variable, valores que se les asignó a cada variable y la escala de medición utilizada para las variables, están divididas conforme a las secciones de la encuesta aplicada. Al igual que la encuesta, se encuentran divididas conforme a las secciones investigadas.

### SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL DEL MÉDICO.

Nombre de la variable	TIPO DE VARIABLE	Ancho de la columna	ETIQUETA DE LA VARIABLE	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Folio	cuantitativa		Folio	Num. Consecutivo de 1 a n	Discontinua
No. de consultorio	cuantitativa		No. de consultorio	Num. Consecutivo de 1 a n	Discontinua
Sexo	cualitativa		Sexo	3. femenino 4. masculino	Dicotómica (nominal)
Edad	cuantitativa		Edad	números enteros	continua
P4	cuantitativa		Antigüedad en el ISSSTE	números enteros	continua
P5	cuantitativa		Antigüedad en el consultorio	números enteros y fracciones de año	continua
P6	cualitativa		Escolaridad	5. Médico General 6. Especialidad 7. Maestría 8. Doctorado	ordinal
P7	cualitativa		En los últimos años ha realizado un Diplomado	3. Si 4. No	nominal
P7E	Cualitativa		Tipo de diplomado	1. Desarrollo gerencial. 2. Medicina familiar 3. Administración 4. Gerontología 5. Sexualidad 6. Tanatología 7. Violencia familiar 8. Técnicas de enseñanza 9. Docencia 10. Informática 11. Medicina aeronáutica	
P8	cualitativa		Trabajo privado	3. Si 4. No	nominal
P9	cuantitativa		Número de empleos reenumerados	número consecutivo del 1 a n	discontinua
P11	cualitativa		Cargo que desempeña	8. Meta administrativa 9. Director 10. Medicina familiar 11. Gerontólogo 12. Aux. de dirección 13. Subdirector médico 14. Otros	nominal

## SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE EL CONSULTORIO Y POBLACIÓN ADSCRITA.

Nombre de la variable	TIPO DE VARIABLE	Ancho de la columna	ETIQUETA DE LA VARIABLE	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
P11	cuantitativa		Pacientes adscritos a consultorio	núm. consecutivo de 1 a n	discontinua
P12	cuantitativa		Familias en consultorio	núm. consecutivo de 1 a n	discontinua
P12A	Cuantitativa		Respecto a las familias que situación guarda su consultorio	1. No tiene consultorio 2. No contesto 3. Desconoce 4. Ninguna 5. Población no definida	Nominal
P13	cuantitativa		Número de consultas otorgadas al día	núm. consecutivo de 1 a n	discontinua
P14	cualitativa		Identifica a paciente hiperutilizador	3. Si 4. No	nominal
P15	cuantitativa		Número de pacientes hiperutilizadores	Número consecutivo de 1 a n	discontinua

## SECCIÓN III. CONOCIMIENTO SOBRE PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

Nombre de la variable	TIPO DE VARIABLE	Ancho de la columna	ETIQUETA DE LA VARIABLE	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
P16	cualitativa		Patología de base del hiperutilizador	4. Si 5. No 6. Especifique	nominal
P16E	Cualitativa		Especifique	3. No específico 4. Crónicas degenerativas 5. Psicológicas 6. Angustia, sdx somatomorfo. 7. Manejo emocional 8. Stress 9. Neurosis 10. problemas no relacionados con la consulta	nominal
P17	cualitativa		Atención de paciente hiperutilizador	11. Si 12. No	nominal
P18	cualitativa		Motivo de consulta del paciente hiperutilizador	1. No contesto 2. Solicitud de medicamentos 3. Crónicas degenerativas 4. Cefalea 5. Atención medica 6. Trastorno psicológico 7. Licencias medicas 8. Stress 9. Infecciones de diferentes aparatos 10. Violencia familiar	nominal
P18A	cualitativa		Motivo de	1. No contesto	nominal

			consulta del paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Solicitud de medicamentos</li> <li>3. Crónicas degenerativas</li> <li>4. Cefalea</li> <li>5. Atención medica</li> <li>6. Trastorno psicológico</li> <li>7. Licencias medicas</li> <li>8. Stress</li> <li>9. Infecciones de diferentes aparatos</li> <li>10. Violencia familiar</li> </ol>	
P19	Cualitativa		Acción tomada ante el paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar tratamiento</li> <li>2. Explicar su patología y la posible causa</li> <li>3. Registrar claves surtidas</li> <li>4. No contesto</li> <li>5. Canalizarlo a psicología</li> <li>6. Brindar la consulta</li> <li>7. Calmar la angustia</li> <li>8. Tolerancia</li> <li>9. Orientación y rechazo</li> <li>10. Hacer hincapié en la historia clínica</li> <li>11. Envió a laboratorio</li> </ol>	Nominal
P19A	Cualitativa		Acción tomada ante el paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar tratamiento</li> <li>2. Explicar su patología y la posible causa</li> <li>3. Registrar claves surtidas</li> <li>4. No contesto</li> <li>5. Canalizarlo a psicología</li> <li>6. Brindar la consulta</li> <li>7. Calmar la angustia</li> <li>8. Tolerancia</li> <li>9. Orientación y rechazo</li> <li>10. Hacer hincapié en la historia clínica</li> <li>11. Envió a laboratorio</li> </ol>	Nominal
P20	Cualitativa		Paciente hiperutilizador (definición)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Px que utiliza de manera frecuente los servicios</li> <li>2. Px que solicita consulta en mas de 1 ocasión, en diferente turno</li> <li>3. Mañoso</li> <li>4. Px que no tiene malestar específico</li> <li>5. Px que solicita más atención de la regular</li> <li>6. Px con síntomas mal definidos</li> <li>7. Px que niega mejoría</li> <li>8. Px manipulador</li> <li>9. Px que no evoluciona a la mejoría ante el tratamiento</li> <li>10. Px que tiene necesidad de supervisión del medico</li> <li>11. Px que crea una dependencia de la relación med-px</li> <li>12. Px que demanda un servicio con rapidez y simultaneo</li> </ol>	Nominal

				<ul style="list-style-type: none"> <li>13. Px que cree identificar condiciones de salud en él</li> <li>14. Px que solicita revaloración de consultas anteriores</li> <li>15. Px que quiere manejo medico a conveniencia</li> </ul>	
P201	Cualitativa		Paciente hiperutilizador (definición)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Px que utiliza de manera frecuente los servicios</li> <li>2. Px que solicita consulta en mas de 1 ocasión, en diferente turno</li> <li>3. Mañoso</li> <li>4. Px que no tiene malestar específico</li> <li>5. Px que solicita más atención de la regular</li> <li>6. Px con síntomas mal definidos</li> <li>7. Px que niega mejoría</li> <li>8. Px manipulador</li> <li>9. Px que no evoluciona a la mejoría ante el tratamiento</li> <li>10. Px que tiene necesidad de supervisión del medico</li> <li>11. Px que crea una dependencia de la relación med-px</li> <li>12. Px que demanda un servicio con rapidez y simultaneo</li> <li>13. Px que cree identificar condiciones de salud en él</li> <li>14. Px que solicita revaloración de consultas anteriores</li> <li>15. Px que quiere manejo medico a conveniencia</li> </ul>	nominal
P202	Cualitativa		Paciente hiperutilizador (definición)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Px que utiliza de manera frecuente los servicios</li> <li>2. Px que solicita consulta en mas de 1 ocasión, en diferente turno</li> <li>3. Mañoso</li> <li>4. Px que no tiene malestar específico</li> <li>5. Px que solicita más atención de la regular</li> <li>6. Px con síntomas mal definidos</li> <li>7. Px que niega mejoría</li> <li>8. Px manipulador</li> <li>9. Px que no evoluciona a la mejoría ante el tratamiento</li> <li>10. Px que tiene necesidad de supervisión del medico</li> </ul>	nominal

				<ul style="list-style-type: none"> <li>11. Px que crea una dependencia de la relación med-px</li> <li>12. Px que demanda un servicio con rapidez y simultaneo</li> <li>13. Px que cree identificar condiciones de salud en él</li> <li>14. Px que solicita revaloración de consultas anteriores</li> <li>15. Px que quiere manejo medico a conveniencia</li> </ul>	
P203	qualitativa		Paciente hiperutilizador (definición)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Px que utiliza de manera frecuente los servicios</li> <li>2. Px que solicita consulta en mas de 1 ocasión, en diferente turno</li> <li>3. Mañoso</li> <li>4. Px que no tiene malestar específico</li> <li>5. Px que solicita más atención de la regular</li> <li>6. Px con síntomas mal definidos</li> <li>7. Px que niega mejoría</li> <li>8. Px manipulador</li> <li>9. Px que no evoluciona a la mejoría ante el tratamiento</li> <li>10. Px que tiene necesidad de supervisión del medico</li> <li>11. Px que crea una dependencia de la relación med-px</li> <li>12. Px que demanda un servicio con rapidez y simultaneo</li> <li>13. Px que cree identificar condiciones de salud en él</li> <li>14. Px que solicita revaloración de consultas anteriores</li> <li>15. Px que quiere manejo medico a conveniencia</li> </ul>	nominal
P21	Cualitativa		Características del paciente hiperutilizador	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Que acude frecuentemente a consulta con múltiples patologías</li> <li>2. Px crónico degenerativo</li> <li>3. Mañoso, mentiroso, absorbente, manipulador</li> <li>4. Px que rebasa cierto número de consultas al año</li> <li>5. Px con patologías por medio de la cual obtiene más beneficios</li> <li>6. Femenina,</li> </ul>	Nominal

				<p>trabajadora, casada con hijos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Px con sintomatología mal definida</li> <li>8. Negación angustia, depresión, y somatiza</li> <li>9. Px con síntomas no relacionaos con su patología</li> <li>10. Licencias medicas constantes</li> <li>11. Psicomatizador</li> <li>12. Px que no sigue su tratamiento</li> <li>13. Derechohabiente, trabajador, de 30 a 35 años</li> <li>14. Px obsesivo con su consulta que no tiene patología de base</li> <li>15. Px que crea una necesidad</li> <li>16. Px que no esta satisfecho con la atención brindada</li> <li>17. Px con mala actitud</li> </ol>	
P21A	Cualitativa		Características del paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que acude frecuentemente a consulta con múltiples patologías</li> <li>2. Px crónico degenerativo</li> <li>3. Mañoso, mentiroso, absorbente, manipulador</li> <li>4. Px que rebasa cierto número de consultas al año</li> <li>5. Px con patologías por medio de la cual obtiene más beneficios</li> <li>6. Femenina, trabajadora, casada con hijos</li> <li>7. Px con sintomatología mal definida</li> <li>8. Negación angustia, depresión, y somatiza</li> <li>9. Px con síntomas no relacionaos con su patología</li> <li>10. Licencias medicas constantes</li> <li>11. Psicomatizador</li> <li>12. Px que no sigue su tratamiento</li> <li>13. Derechohabiente, trabajador, de 30 a 35 años</li> <li>14. Px obsesivo con su consulta que no tiene patología de base</li> <li>15. Px que crea una necesidad</li> <li>16. Px que no esta satisfecho con la atención brindada</li> <li>17. Px con mala actitud</li> </ol>	Nominal
P22A	Cualitativa		Opinión de los	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Px con patología</li> </ol>	

			paciente hiperutilizadores	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. psicossomática Px con disfunción familiar, social, laboral, que debe de ser atendido y tratado</li> <li>3. Px que regala los medicamentos a cambio de favores</li> <li>4. Analizarlos para evitar complicaciones y mayor uso de los servicios</li> <li>5. Px con una patología de base que debe de ser estudiado</li> <li>6. Px que acude para obtener medicamentos</li> <li>7. Px que necesita atención especial multidisciplinaria</li> <li>8. Calidad en prevención y abasto de medicamentos</li> <li>9. Sin comentarios</li> <li>10. Desgastante para la institución, el médico y los recursos</li> <li>11. Px que quieren que se les realicen estudios</li> <li>12. Px con mal manejo, por falta de insumos</li> <li>13. No muy buena</li> </ol>	
P22B	Cualitativa		Opinión de los paciente hiperutilizadores	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Px con patología psicossomática</li> <li>2. Px con disfunción familiar, social, laboral, que debe de ser atendido y tratado</li> <li>3. Px que regala los medicamentos a cambio de favores</li> <li>4. Analizarlos para evitar complicaciones y mayor uso de los servicios</li> <li>5. Px con una patología de base que debe de ser estudiado</li> <li>6. Px que acude para obtener medicamentos</li> <li>7. Px que necesita atención especial multidisciplinaria</li> <li>8. Calidad en prevención y abasto de medicamentos</li> <li>9. Sin comentarios</li> <li>10. Desgastante para la institución, el médico y los recursos</li> <li>11. Px que quieren que se les realicen estudios</li> <li>12. Px con mal manejo, por falta de insumos</li> <li>13. No muy buena</li> </ol>	
P23	cuantitativa		Número de	número consecutivo del 1 a n	discontinua

			veces que acude el paciente hiperutilizador al año		
P24A	Cualitativa		Estrategias a realizar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contesto</li> <li>2. Detectarlos</li> <li>3. Clasificarlos de acuerdo a su motivo de consulta</li> <li>4. Aplicar controles donde se detecten desviaciones</li> <li>5. Adecuar y vigilar que tomen su tratamiento</li> <li>6. Identificar uso indiscriminado de licencias</li> <li>7. Trabajar en equipo</li> <li>8. Informar y sensibilizar d acuerdo a la normatividad</li> <li>9. Realizar grupos de pacientes similares, grupos de apoyo</li> <li>10. Que las autoridades no se dejen manipular por ellos</li> <li>11. Tener paciencia</li> <li>12. Atención integral con psicología</li> </ol>	Nominal
P24B	Cualitativa		Estrategias a realizar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contesto</li> <li>2. Detectarlos</li> <li>3. Clasificarlos de acuerdo a su motivo de consulta</li> <li>4. Aplicar controles donde se detecten desviaciones</li> <li>5. Adecuar y vigilar que tomen su tratamiento</li> <li>6. Identificar uso indiscriminado de licencias</li> <li>7. Trabajar en equipo</li> <li>8. Informar y sensibilizar d acuerdo a la normatividad</li> <li>9. Realizar grupos de pacientes similares, grupos de apoyo</li> <li>10. Que las autoridades no se dejen manipular por ellos</li> <li>11. Tener paciencia</li> <li>12. Atención integral con psicología</li> </ol>	Nominal
P24C	Cualitativa		Estrategias a realizar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contesto</li> <li>2. Detectarlos</li> <li>3. Clasificarlos de acuerdo a su motivo de consulta</li> <li>4. Aplicar controles donde se detecten desviaciones</li> <li>5. Adecuar y vigilar que tomen su tratamiento</li> <li>6. Identificar uso indiscriminado de licencias</li> <li>7. Trabajar en equipo</li> </ol>	Nominal

				<ul style="list-style-type: none"><li>8. Informar y sensibilizar d acuerdo a la normatividad</li><li>9. Realizar grupos de pacientes similares, grupos de apoyo</li><li>10. Que las autoridades no se dejen manipular por ellos</li><li>11. Tener paciencia</li><li>12. Atención integral con psicología</li></ul>	
--	--	--	--	--	--

## SECCIÓN IV. SENTIMIENTOS DEL MÉDICO ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

Nombre de la variable	TIPO DE VARIABLE	Ancho de la columna	NOMBRE DE LA VARIABLE	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
P25	cualitativa		Necesidad especial del paciente hiperutilizador	3. Si 4. No	nominal
P25A	Cualitativa		Necesidad especial del paciente hiperutilizador	1.- Ser escuchado y atendido de acuerdo a su patología 2.- Obtener beneficios al brindarle atención y medicamentos 3.- Afecto, atención, compañía 4.- Necesidad de un tratamiento psicológico 5.- Px que presenta patología aguda 6.- Paciente que no quiere trabajar. 7.- Gozar siempre en el área de salud	Nominal
P261	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	1. Tratamiento sintomático 2. Envío al laboratorio 3. Canalización a terapia familiar 4. Lo canaliza a psicología 5. Le da tratamiento previamente establecido 6. Lo canaliza a especialista 7. Estudia su patología 8. Incluye en un protocolo de estudio 9. Alta 10. Acceso sin cita libre 11. Otras	Nominal
P262	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	1. Tratamiento sintomático 2. Envío al laboratorio 3. Canalización a terapia familiar 4. Lo canaliza a psicología 5. Le da tratamiento previamente establecido 6. Lo canaliza a especialista 7. Estudia su patología 8. Incluye en un protocolo de estudio 9. Alta 10. Acceso sin cita libre 11. Otras	Nominal
P263	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	1. Tratamiento sintomático 2. Envío al laboratorio	Nominal

				<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Canalización a terapia familiar</li> <li>4. Lo canaliza a psicología</li> <li>5. Le da tratamiento previamente establecido</li> <li>6. Lo canaliza a especialista</li> <li>7. Estudia su patología</li> <li>8. Incluye en un protocolo de estudio</li> <li>9. Alta</li> <li>10. Acceso sin cita libre</li> <li>11. Otras</li> </ol>	
P264	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento sintomático</li> <li>2. Envío al laboratorio</li> <li>3. Canalización a terapia familiar</li> <li>4. Lo canaliza a psicología</li> <li>5. Le da tratamiento previamente establecido</li> <li>6. Lo canaliza a especialista</li> <li>7. Estudia su patología</li> <li>8. Incluye en un protocolo de estudio</li> <li>9. Alta</li> <li>10. Acceso sin cita libre</li> <li>11. Otras</li> </ol>	Nominal
P265	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento sintomático</li> <li>2. Envío al laboratorio</li> <li>3. Canalización a terapia familiar</li> <li>4. Lo canaliza a psicología</li> <li>5. Le da tratamiento previamente establecido</li> <li>6. Lo canaliza a especialista</li> <li>7. Estudia su patología</li> <li>8. Incluye en un protocolo de estudio</li> <li>9. Alta</li> <li>10. Acceso sin cita libre</li> <li>11. Otras</li> </ol>	Nominal
P266	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento sintomático</li> <li>2. Envío al laboratorio</li> <li>3. Canalización a terapia familiar</li> <li>4. Lo canaliza a psicología</li> <li>5. Le da tratamiento previamente establecido</li> <li>6. Lo canaliza a especialista</li> <li>7. Estudia su patología</li> <li>8. Incluye en un protocolo de estudio</li> <li>9. Alta</li> <li>10. Acceso sin cita libre</li> <li>11. Otras</li> </ol>	Nominal
P267	cualitativa		Acción ante el	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento</li> </ol>	Nominal

			paciente hiperutilizador	<p>sintomático</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Envío al laboratorio</li> <li>3. Canalización a terapia familiar</li> <li>4. Lo canaliza a psicología</li> <li>5. Le da tratamiento previamente establecido</li> <li>6. Lo canaliza a especialista</li> <li>7. Estudia su patología</li> <li>8. Incluye en un protocolo de estudio</li> <li>9. Alta</li> <li>10. Acceso sin cita libre</li> <li>11. Otras</li> </ol>	
P268	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tratamiento sintomático</li> <li>2. Envío al laboratorio</li> <li>3. Canalización a terapia familiar</li> <li>4. Lo canaliza a psicología</li> <li>5. Le da tratamiento previamente establecido</li> <li>6. Lo canaliza a especialista</li> <li>7. Estudia su patología</li> <li>8. Incluye en un protocolo de estudio</li> <li>9. Alta</li> <li>10. Acceso sin cita libre</li> <li>11. Otras</li> </ol>	Nominal
P269	cualitativa		Acción ante el paciente hiperutilizador	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cita con un familiar.</li> <li>2. Identificación de factores de riesgo.</li> <li>3. Orientación sobre su patología.</li> <li>4. informe sobre las características institucionales</li> <li>5. Se le compromete y responsabiliza.</li> <li>6. Se le investiga por medio de laboratorio.</li> </ol>	nominal

Nombre de la Variable	TIPO DE VARIABLE	Ancho de la columna	ETIQUETA DE LA VARIABLE	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
P271	cualitativa		Enfado	3. Si 4. No	nominal
P272	cualitativa		Cefalea	3. Si 4. No	nominal
P273	cualitativa		Depresión	3. Si 4. No	nominal
P274	cualitativa		Solicita medicamentos	3. Si 4. No	nominal
P275	cualitativa		Reto a mi experiencia profesional	3. Si 4. No	nominal
P276	cualitativa		Mas tiempo dedicado	3. Si 4. No	nominal
P277	cualitativa		Limitación del tiempo	3. Si 4. No	nominal
P278	cualitativa		Agrada tratarlos	3. Si 4. No	nominal
P279	cualitativa		Quitian tiempo	3. Si 4. No	nominal
P2710	cualitativa		Generan culpa	3. Si 4. No	nominal
P2711	cualitativa		Solo ver este tipo de pacientes	3. Si 4. No	nominal
P2712	cualitativa		Ponen a prueba las destrezas	3. Si 4. No	nominal
P2713	cualitativa		Inquietud	3. Si 4. No	nominal
P2714	cualitativa		Cansancio	3. Si 4. No	nominal
P2715	cualitativa		Irritación	3. Si 4. No	nominal
P2716	cualitativa		Depresión	3. Si 4. No	nominal
P2717	cualitativa		Que otro medico los trate	3. Si 4. No	nominal
P2718	cualitativa		Deshacerse de ellos lo mas pronto	3. Si 4. No	nominal
P2719	cualitativa		Ocupan consulta que otros pacientes necesitan	3. Si 4. No	nominal
P2720	cualitativa		Poner en duda capacidad	3. Si 4. No	nominal
P2721	cualitativa		Disgusto	3. Si 4. No	nominal
P2722	cualitativa		Confort	3. Si 4. No	Nominal
P2723	cualitativa		Malestar	3. Si 4. No	nominal
P2724	cualitativa		Gusto por atenderlos	3. Si 4. No	nominal
P2725	cualitativa		Tomar caso hasta solución	3. Si 4. No	nominal
P2726	cualitativa		Les doy forma de localizarme	3. Si 4. No	nominal
P2727	cualitativa		Miedo	3. Si 4. No	nominal
P2728	cualitativa		Consultas rápidas	3. Si 4. No	nominal
P2729	cualitativa		Días mas pesados	3. Si 4. No	nominal

P2730	cualitativa		Intranquilidad	3. Si 4. No	nominal
P2731	cualitativa		Ansiedad	3. Si 4. No	nominal
P2732	cualitativa		Mal humor	3. Si 4. No	nominal
P2733	cualitativa		Indiferencia	3. Si 4. No	nominal
P2734	cualitativa		Alegría	3. Si 4. No	nominal
P2735	cualitativa		Son como el resto de los pacientes	3. Si 4. No	nominal
P2736	cualitativa		Inconformidad	3. Si 4. No	nominal
P2737	cualitativa		Malestar gástrico	3. Si 4. No	nominal
P2738	cualitativa		Sensación de no poder resolver el problema	3. Si 4. No	nominal
P2739	cualitativa		Molestia por tener cada vez nuevos problemas	3. Si 4. No	nominal
P2740	cualitativa		Resolución de problemas sinónimo de buen médico	3. Si 4. No	nominal

## **2.8 Definición conceptual y operativa de las variables.**

### **Pacientes hiperutilizadores.**

Fueron aquellos detectados por el médico de cada consultorio tomando en cuenta el número de visitas realizadas dentro de un año anterior al estudio y características de su demanda, de tal forma quedan clasificados en dos tipos<sup>1</sup>.

Tipo 1. Denominado paciente demandante, es el que decide por sí mismo el número de visitas y se relaciona con tres tipos de perfiles: somatizadores, dependientes y faltos de recursos sociales.

Tipo 2, o pacientes que tienen padecimientos concretos bien definidos ya diagnosticados que solo asistan a control.

## 2.9. Diseño estadístico.

1.- ¿Cuál fue el propósito estadístico de la investigación?

Identificar los sentimientos y conocimientos de los médicos hacia los pacientes hiperutilizadores de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE zona sur.

2.- ¿Cuántos grupos se investigaron?

Uno, el de médicos de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, en este grupo se incluyeron a los médicos tanto del grupo matutino como vespertino.

3.- ¿Cuántas mediciones se realizaron en la unidad de muestreo?

Se aplicó la encuesta una sola vez, dicha aplicación se llevo a cabo en forma independiente.

4.- ¿Qué tipo de variables fueron medidas?

Las variables medidas fueron: cuantitativas y cualitativas.

Dentro de las cuantitativas de la sección uno, se tomaron: número de consultorio, edad, antigüedad en el ISSSTE, antigüedad en el consultorio, número de empleos reenumerados y de las cualitativas fueron: sexo, escolaridad, realización de algún diplomado en los últimos años, trabajo privado, y cargo que desempeña.

En la sección dos las variables cuantitativas fueron: pacientes adscritos al consultorio, familias en el consultorio, número de consultas al día, número de pacientes hiperutilizadores, y cualitativas solo identificar a paciente hiperutilizador.

La sección tres formada por las variables cualitativas, todas referente al paciente hiperutilizador como: patología de base, atención, motivo de la consulta, acción tomada ante él, definición, características, opinión que generan, estrategias a realizar, y la única cuantitativa fue el número de veces que acude el paciente hiperutilizador al año.

La sección cuatro únicamente formada por variables cualitativas que fueron: la necesidad especial del paciente hiperutilizador y la acción tomada ante el paciente hiperutilizador, además de las contenidas para valorar los sentimientos que generan en

el médico los pacientes hiperutilizadores, como: cefalea, enfado, depresión, culpa, inquietud, cansancio, irritación, etc.

5.- ¿Qué escala de medición se utilizó?

Para las variables cuantitativas se utilizó escala discreta y continua, para las variables cualitativas se utilizó nominal y ordinal.

Con la finalidad de identificar los sentimientos y conocimientos que generan los pacientes hiperutilizadores en el médico, además de identificar los conocimientos a cerca de la definición de hiperutilizador, como determinan las características de los mismos los médicos, como se establece la sintomatología más común, conocer el manejo que se integra ante un paciente hiperutilizador, determinar cual es el sentimiento más común que desencadena el hiperutilizador, definir el tipo de consulta más frecuente que realizan los pacientes hiperutilizadores, definir si existe un patrón identificable por parte del médico de los pacientes con este fenómeno.

6.- ¿Qué distribución presentaron los datos obtenidos?

Las variables cuantitativas, distribución paramétrica.

Las variables cualitativas, con distribución no paramétrica.

7.- ¿Qué tipo de muestra es la que se investigó?

Muestra no probabilística, no representativa, no aleatoria, formada por todos los médicos pertenecientes a los consultorios de la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE, tanto del turno matutino como vespertino, que aceptaron colaborar en la realización en la investigación.

## **2.10. Instrumento de recolección de datos.**

La recolección de datos fue realizada por medio de un instrumento creado para lograr los propósitos específicos de la investigación.

Esta encuesta fue dividida en cuatro secciones, la primera sobre información general del médico, misma que cuenta con diez variables. La segunda sobre el consultorio y la población adscrita con la que cuenta el médico, conteniendo cinco variables, la tercera sección acerca de los conocimientos que tiene el profesional de la salud referente al paciente hiperutilizador, misma que contiene nueve variables, de las cuales tres son preguntas cerradas y seis abiertas, la cuarta trata acerca de los sentimientos del médico hacia el paciente hiperutilizador, la cual consta de treinta y dos variables.

La encuesta se encuentra en el anexo 1 de este trabajo.

## **2.11. Método de recolección de datos.**

En la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, se procedió de la siguiente forma para la recolección de datos.

1).- Se obtuvo la autorización del comité de investigación y ética de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, para realizar el presente trabajo de investigación, además de obtener el registro oficial de protocolos de investigación.

2).- Se tomó como muestra, a todos los médicos designados a los consultorios en dicha unidad de medicina familiar, dicha muestra fue obtenida de forma no probabilística, no representativa y no aleatoria.

3).- Se identifica el número de médicos generales y familiares asignados a la unidad, de ellos se tomaron los que se encuentran laborando en la misma, restando del total de

asignados los que se encuentran en comisión, quedando un universo de trabajo de 34 médicos.

4).- Se solicitó a los médicos tanto del turno matutino como vespertino, su colaboración con el presente trabajo de investigación.

5).- A los médicos que aceptaron participar voluntariamente en el trabajo de investigación, se les informó sobre las características del estudio, se les hizo hincapié en el consentimiento informado.

6).- Una vez que los médicos aceptaron las condiciones de la investigación  $n = 25$ , se procedió a llenar el cuestionario de recolección de datos, iniciando en la primera sección y sucesivamente hasta terminar la encuesta. Esto realizado en cada uno de los consultorios de los médicos participantes en dicho estudio.

7).- Al finalizar la entrevista, se les agradeció a los médicos, su importante y voluntaria colaboración en la realización de este trabajo de investigación.

8).- Con la aplicación de todos los cuestionarios, la información obtenida se almacenó en una base de datos mediante el programa estadístico SPSS versión 12, bajo la supervisión del asesor de tesis, esto con la finalidad de almacenar la información de forma adecuada, y hacer un análisis estadístico de los resultados obtenidos.

## **2.12.- Maniobras para evitar o controlar sesgos.**

Control de sesgos:

- Sesgo de información. Al médico se le dio privacidad y tiempo, para no sentirse observado y contestar la encuesta, se debe de reconocer que puede haber este tipo de sesgo.
- Sesgos de selección. Si existió ya que se aplicó a todos los médicos registrados en la plantilla de la unidad de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, que aceptaron voluntariamente realizar la encuesta.

## **2.13. Prueba piloto.**

Se hizo una prueba piloto en la cual se aplicaron tres encuestas, utilizando la técnica de entrevista dirigida en la cual participaron el autor y dos residentes, con los resultados de esta prueba no fue necesario hacer correcciones al cuestionario.

## **2.14. Procedimiento estadístico.**

Plan de codificación de datos.

Se realizo un análisis descriptivo.

Se constituyo una base de datos para usarse en el programa estadístico SPSS12 para lo cual se utilizó una estructura que se presento en la sección de base de datos.

## 2.15.- Cronograma.

ACTIVIDAD	2005								2006											
	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
PLANTACIÓN DEL PROYECTO	---	++	++	++	++	++	++	++	++	++										
MARCO TEÓRICO		++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
MATERIAL Y MÉTODOS									---	---	---	---	++	++	++	++	++	++	++	++
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN														---	++	++	++	++	++	++
PRUEBA PILOTO													---	++	++	++	++	++	++	++
EJECUCIÓN DEL PROYECTO													---	++	++	++	++	++	++	++
RECOLECCIÓN DE DATOS													---	---	---	++	++	++	++	++
ALMACENAMIENTO DE LOS DATOS														---	---	++	++	++	++	++
ANÁLISIS DE LOS DATOS																---	++	++	++	++
DESCRIPCIÓN RESULTADOS																---	++	---	---	---
DISCUSIÓN DE RESULTADOS																---	++	---	---	---
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO																---	---	---	---	---
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL																	---	---	---	---
REPORTE FINAL																	---	---	---	---
AUTORIZACIONES																	---	---	---	---
IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL																	---	---	---	---
SOLUCIÓN DE EXAMEN DE TESIS																	---	---	---	---

## **2.16.- Recursos humanos, materiales físicos y financieros del estudio.**

Para obtener la información se necesito la ayuda de los médicos adscritos a su consultorio y de dos residentes de primer y tercer año de la especialidad en medicina familiar.

Recursos materiales como son: disquetes computadora de escritorio, computadora laptop, bolígrafos, fotocopias, lápices, borradores de lápices, etc.

Recursos físicos dentro de los cuales se encuentran los consultorios de cada uno de los médicos adscritos a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE en los cuales se les aplico el cuestionario.

El financiamiento de la investigación estuvo a cargo en su totalidad del autor del trabajo.

## **2.17.- Consideraciones éticas.**

De acuerdo al reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la salud, vigente en nuestro país<sup>38,39</sup> el presente trabajo se apega al titulo segundo, capitulo 1, articulo 17, categoría 1, sobre “ investigación sin riesgo” debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente aportan datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participa seres humanos contenidos en la declaración de “ Helsinki” de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia en Octubre 2000<sup>38,39</sup>.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada médico en el que, se le invitaba a participar. Dicho texto se incluye en la sección 1 del instrumento.

### **3.- RESULTADOS.**

#### **3.1.- CONSULTORIO DEL MÉDICO.**

El 72% (18) de los médicos tienen asignados un consultorio, y el 28% (7) no tienen consultorio fijo.

#### **3.2.- SEXO DEL MÉDICO.**

Se entrevistaron a 13 hombres (52%) y a 12 mujeres (48%).

#### **3.3.- EDAD DEL MÉDICO.**

La edad mínima de los médicos fué de 31 años, y la máxima de 59, mostrando una media de 45 con una desviación estándar de 7.906.

#### **3.4.- ANTIGÜEDAD EN EL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

En los médicos encuestados la antigüedad fué variable teniendo la mínima un año y la máxima 30 años de servicio, con una media de 13.446 y una desviación estándar del 8.706.

#### **3.5.-TIEMPO AL FRENTE DEL CONSULTORIO.**

En este apartado no contestaron 3 médicos, mismos que no tienen consultorio fijo ya que ocupan algún puesto administrativo dentro de la unidad de medicina familiar y de los 22 restantes, se obtuvo que el tiempo mínimo frente del consultorio fué de 3 meses, y el máximo fué 23 años, con una media de 8.920 y una desviación estándar de 7.202.

#### **3.6.- ESCOLARIDAD DEL MÉDICO.**

Se encontró con un 8% (2) al grado de maestría, con 16% (4) corresponden a médico general, y finalmente con 76% (19) a médico especialista.

#### **3.7.- REALIZACIÓN DE DIPLOMADOS REALIZADOS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS.**

En la realización de algún tipo de diplomado en los dos últimos años por parte del personal de salud de la clínica, los médicos que si lo realizaron son el 52% (13), y los que no lo hicieron representan el 48% (12).

### 3.8.- TIPOS DE DIPLOMADOS REALIZADOS.

Dentro de los tipos de diplomado realizados por parte de los médicos, se encontró que existe diversidad en cuanto a los mismos, de que existen profesionales de la salud que en los dos últimos años han realizado mas de un diplomado, teniendo 17 respuestas diferentes de 13 médicos. Ocupando con un número de cinco el diplomado en Administración el primer lugar, posteriormente con dos médicos en cada uno los siguientes diplomados: Informática, Tanatología y Sexualidad, y quedando con uno solo los siguientes: Desarrollo gerencial de los sistemas de salud, Medicina Familiar, Gerontología, Violencia Intrafamiliar, y Técnicas de enseñanza y docencia.

### 3.9.- TRABAJO EN FORMA PRIVADA.

AL momento del estudio el 60% de los médicos tenían actividad profesional privada y el 40% no.

### 3.10.- NÚMERO DE EMPLEOS REMUNERADOS.

En la figura 3 se muestra el número de empleos de los médicos entrevistados.

FIGURA 3

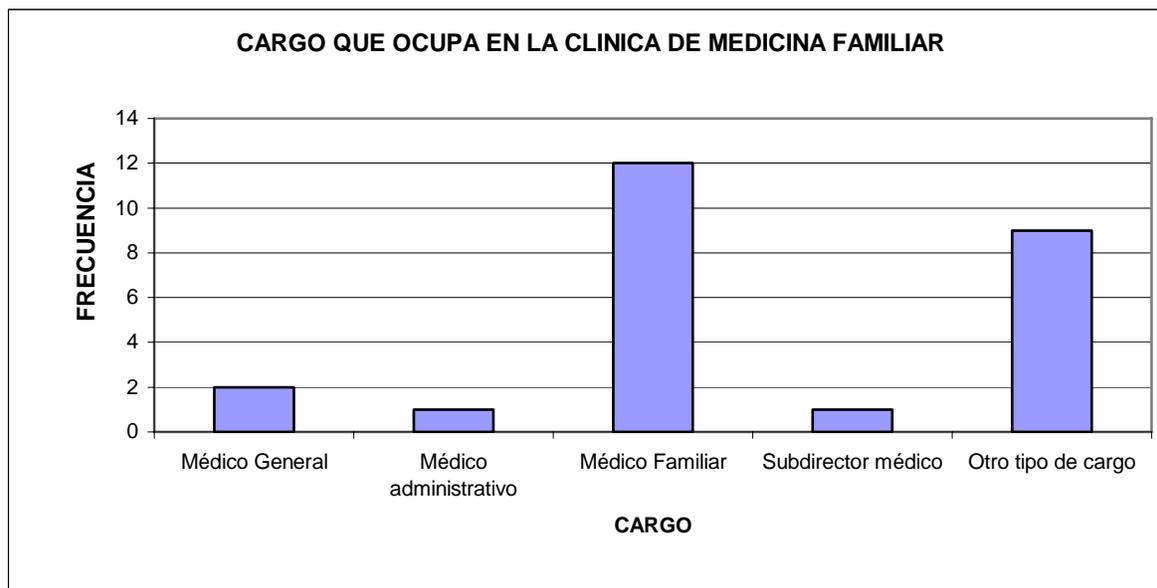


Fuente: Encuestas realizadas, N = 25.

### 3.11.- CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “Dr. IGNACIO CHÁVEZ” DEL ISSSTE.

En la figura 4, se esquematizan los diferentes tipos de cargos que el médico desempeña dentro de la unidad de medicina familiar.

FIGURA 4



Fuente: Encuestas realizadas, N = 25.

### 3.12.- PACIENTES QUE EL MÉDICO TIENE EN SU CONSULTORIO.

Los datos muestran que de los 25 médicos encuestados 18 no contestaron la pregunta y de los 7 que si lo hicieron, se observan respuestas diferentes que van desde 150 hasta 400 pacientes por consultorio.

### 3.13.- MOTIVOS POR LOS CUALES ALGUNOS MÉDICOS NO CONOCEN EL NÚMERO DE PACIENTES ADSCRITOS A SU CONSULTORIO.

En el cuadro 1, se muestran los motivos por los cuales algunos médicos no conocen el número de pacientes adscritos a su consultorio.

### CUADRO 1.

MOTIVOS POR LOS CUALES DESCONOCE EL NÚMERO DE PACIENTES ADSCRITOS A SU CONSULTORIO.

MOTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No contesto.	10	55.6
Desconoce.	3	16.7
Atiende a toda la población.	2	11.2
Atiende consulta extemporánea.	1	5.5
No tiene consultorio fijo.	1	5.5
Subdirector	1	5.5
TOTAL	18	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 18.

#### 3.14.- NÚMERO DE FAMILIAS QUE ATIENDE EL MÉDICO EN SU CONSULTORIO.

La información obtenida de los 25 médicos encuestados, 18 no contestaron y 7 si lo hicieron, en las 7 respuestas obtenidas, se observo un 28.6% (2) las siguientes dos respuestas: 40 y 60 familias atendidas en el consultorio, y un 14.3% (1) para cada una de las siguientes tres respuestas: 15, 30 y 50 familias.

#### 3.15.- MOTIVOS POR LOS CUALES LOS MÉDICOS DESCONOCEN EL NÚMERO DE FAMILIAS QUE ATIENDEN EN SU CONSULTORIO.

Se encontró que el 61.1% (11) no contestaron, 16.7% (3) desconoce, 11.1% (2) no atiende ninguna familia, y con el 5.6% (1) las siguientes dos respuestas: No tiene consultorio fijo y no tiene población definida en su consultorio.

#### 3.16.- NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS AL DÍA POR EL MÉDICO.

En el cuadro 2, se representan los resultados del número de consultas otorgadas por el médico en la unidad de medicina familiar, 20 médicos contestaron y 5 ocupan cargos dentro de la unidad, en los cuales no dan consulta.

**CUADRO 2.**  
**NÚMERO DE CONSULTAS OTORGADAS AL DÍA POR EL MÉDICO.**

NÚMERO DE CONSULTAS AL DÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	1	5
12	1	5
15	1	5
18	10	50
20	1	5
21	1	5
23	1	5
24	3	15
30	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas realizadas, N = 20.

**3.17.- NÚMERO DE MÉDICOS QUE IDENTIFICAN A ALGÚN PACIENTE HIPERUTILIZADOR, DE LA POBLACIÓN ADSCRITA A SU CONSULTORIO.**

Los médicos que si identifican a pacientes hiperutilizadores en su consulta fueron el 76% (19), y los médicos que no lo hicieron, son el 8% (2), y finalmente el 16% (4) no contestaron la pregunta.

**3.18.- NÚMERO DE PACIENTES HIPERUTILIZADORES QUE IDENTIFICA EL MÉDICO EN SU POBLACION ADSCRITA.**

Se observaron diversas respuestas, dentro de las cuales van, desde el profesional que no atiende, hasta él que atiende 30 pacientes hiperutilizadores, con un promedio de 19.15, y con una desviación estándar de 4.428.

**3.19.- NÚMERO DE MÉDICOS QUE PIENSA QUE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR TIENE UNA PATOLOGÍA DE BASE.**

El 76.0% (19) de los médicos si creen que el paciente hiperutilizador tiene una patología de base, y el 24.0% (6) indican que no tiene tal patología.

### 3.20.- TIPO DE PATOLOGÍA DE BASE QUE EL MÉDICO CREE QUE TIENE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

En el cuadro 3 se muestran los diferentes tipos de patologías de base, que el médico identifica en el paciente hiperutilizador.

CUADRO 3.  
TIPOS DE PATOLOGIAS DE BASE QUE EL MÉDICO IDENTIFICA EN EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

TIPO DE PATOLOGÍA DE BASE.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Patología psicológica.	5	27.6
Enfermedades crónicas degenerativas.	4	22.2
No específico.	4	22.2
Angustia, Síndrome somatomorfo.	1	5.6
Mal manejo emocional.	1	5.6
Stress.	1	5.6
Neurosis.	1	5.6
Problemas no relacionados con la consulta.	1	5.6
TOTAL	18	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 18.

### 3.21.- ATENCIÓN DE ALGÚN PACIENTE HIPERUTILIZADOR EN LA ÚLTIMA SEMANA.

Se encontró que el 83% (20) de los médicos, si habían atendido a algún paciente hiperutilizador y el 16.7% (4) no han atendido a este tipo de paciente. Un médico no contestó la pregunta.

### 3.22.- MOTIVO DE LA CONSULTA DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

El cuadro 4, muestra el tipo de consulta del paciente hiperutilizador, y muestra 29 respuestas diferentes, en el mismo se esquematizan todas las respuestas obtenidas.

CUADRO 4.  
MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solicitud de medicamentos.	7	24.3
Solicitud de justificante de ausentismo laboral.	5	17.2
No contesto.	4	13.8
Enfermedades crónicas degenerativas.	4	13.8
Cefalea.	2	6.9
Trastorno psicológico / psiquiátrico.	2	6.9
Infecciones en diferentes sistemas.	2	6.9
Atención médica.	1	3.4
Stress	1	3.4
Violencia intrafamiliar	1	3.4
TOTAL.	29	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 29.

### 3.23.- TIPO DE ACCIÓN QUE EL MÉDICO TOMO ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

En el cuadro 5, se enlistan las 38 respuestas obtenidas de los 25 médicos participantes, cabe mencionar que algunos de los participantes en esta investigación dieron más de una respuesta. La respuesta con un mayor porcentaje 31.6% (12) fue: dar tratamiento al paciente hiperutilizador.

CUADRO 5.  
ACCIÓN TOMADA ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR POR EL MÉDICO.

TIPO DE ACCIÓN TOMADA ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dar tratamiento.	12	31.7
Explicarle que su patología tiene una causa de fondo.	11	28.9
No contesto.	3	7.9
Canalizar al paciente al servicio de psicología.	3	7.9
Calmar la angustia del paciente.	2	5.3
Hacer hincapié en la clínica de su patología para llegar al fondo de la misma.	2	5.3
Registrar las claves (medicamentos) surtidas para cotejar los días de tratamiento.	1	2.6
Otorgar la consulta solicita por el paciente.	1	2.6
Tolerancia hacia el paciente	1	2.6
Orientar al paciente, de cuales son las patologías que ameritan consulta y rechazar cuando no las presente.	1	2.6
Enviar al paciente a laboratorio.	1	2.6
TOTAL.	38	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 38.

### 3.24.- DEFINICIÓN DE PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

Se observó por parte de los médicos que participaron en esta investigación, 15 respuestas diferentes para definir al paciente hiperutilizador. La respuesta más común entre los profesionales entrevistados es, la de paciente que utiliza de manera muy frecuente los servicios de salud 22.0% (9), el resto de las respuestas se esquematizan en el cuadro 6.

CUADRO 6.  
DEFINICIÓN DE PACIENTE HIPERUTILIZADOR

DEFINICIONES DE PACIENTE HIPERUTILIZADOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paciente que utiliza de manera muy frecuente los servicios de salud.	9	22.0
Paciente que solicita consulta más de una vez por semana en diferentes turnos.	7	17.1
Paciente que no presenta un malestar específico.	7	17.1
Paciente que solicita más atención de la regular dependiendo de su patología.	2	4.9
Paciente que niega mejoría con tratamientos previos.	2	4.9
Paciente manipulador	2	4.9
Paciente que demanda el servicio con rapidez y casi simultaneo.	2	4.9
Paciente que no evoluciona a la mejoría.	2	4.9
Paciente que cree identificar condiciones patológicas en él, por lo que recurre a solicitar el servicio.	2	4.9
Paciente mañoso.	1	2.4
Paciente con síntomas mal definidos.	1	2.4
Paciente que no tiene necesidad del servicio.	1	2.4
Paciente que tiene una dependencia de la relación médico-paciente.	1	2.4
Paciente que solicita revaloraciones de consultas anteriores.	1	2.4
Paciente manipulador que quiere manejo médico a conveniencia.	1	2.4
TOTAL.	41	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 41.

### 3.25.- CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

Se obtuvieron 17 diferentes tipos de características del paciente hiperutilizador, siendo la de paciente que presenta negación, angustia, depresión y somatiza, la que obtuvo el mayor porcentaje con el 19.4%, el resto de las respuesta se exponen en el cuadro 7.

CUADRO 7.  
CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paciente que presenta negación, angustia, depresión y somatiza.	6	19.5
Paciente que acude frecuentemente a la consulta.	4	12.9
Paciente mañoso, mentiroso, absorbente y manipulador.	4	12.9
Paciente femenina, trabajadora, casada y con hijos.	3	9.8
Paciente que presenta una patología crónica degenerativa.	2	6.5
Es el paciente que rebasa cierto número de consultas al año.	1	3.2
Paciente con una patología por medio de la cual quiere más beneficios.	1	3.2
Paciente con sintomatología mal definida.	1	3.2
Paciente que presenta síntomas no relacionados a la patología expuesta en la consulta.	1	3.2
Paciente que solicita justificantes como licencias médicas, cuidados maternos, y constancias de tiempo.	1	3.2
Paciente psicomatizador.	1	3.2
Paciente que no sigue de forma adecuada su tratamiento, por lo que regresa a la consulta.	1	3.2
Derechohabiente, trabajador, entre 30 y 35 años, del sexo masculino.	1	3.2
Paciente obsesivo con su consulta, y que no tiene patología alguna.	1	3.2
Paciente que crea una necesidad especial.	1	3.2
Paciente que no está satisfecho con la atención médica.	1	3.2
Paciente con mala actitud.	1	3.2
TOTAL.	31	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 31.

### 3.26.- OPINIÓN DE LOS MÉDICOS, REFERENTE AL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

Se encontraron 29 respuestas de los 25 médicos participantes, todas con diferentes conceptos. La de paciente con patología psicosomática obtuvo el 24.1%, (7). En el cuadro 8 se muestran las diferentes respuestas.

CUADRO 8.  
OPINIÓN DEL MÉDICO SOBRE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

OPINIÓN DEL MÉDICO SOBRE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paciente con patología psicosomática.	7	24.3
Paciente con disfunción familiar, social y laboral, que requiere de ser atendido y tratado.	6	20.8
Paciente con patología de base que debe de ser estudiada.	3	10.4
Paciente que necesita de atención especial multidisciplinaria.	2	6.9
Paciente que se analiza constantemente para evitar complicaciones y mayor uso de los servicios.	2	6.9
Sin comentarios.	2	6.9
Paciente que regala los medicamentos que tiene de más a cambio de favores.	1	3.4
Paciente que acude a la consulta con el propósito de obtener licencias médicas.	1	3.4
Paciente que demanda calidad de atención y abasto real de medicamentos.	1	3.4
Paciente desgastante para la institución, el médico y los recursos de las unidades.	1	3.4
Paciente que solicita se le realicen estudios con el propósito de prevenir.	1	3.4
Paciente con mal manejo por falta de insumos en las unidades medicas.	1	3.4
Me merecen una opinión no muy buena.	1	3.4
TOTAL.	29	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 29.

### 3.27.- NÚMERO DE VECES QUE UN PACIENTE HIPERUTILIZADOR ACUDE A CONSULTA EN UN AÑO.

Se obtuvo gran variedad de respuestas al número de ocasiones que un paciente hiperutilizador acude a la consulta en un año, mismas que van desde 3 hasta 96 veces al año, dichas respuestas se esquematizan en el cuadro 9.

CUADRO 9.

#### NÚMERO DE VECES QUE ACUDE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR A LA CONSULTA EN UN AÑO.

NÚMERO DE VECES QUE ACUDE AL AÑO UN PACIENTE HIPERUTILIZADOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	1	4.7
5	1	4.7
7	1	4.7
8	2	9.5
10	4	19.3
12	1	4.7
15	2	9.5
20	4	19.3
24	2	9.5
30	1	4.7
50	1	4.7
60	1	4.7
TOTAL	21	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 25

Por medio de los resultados obtenidos en esta investigación, se observa que el 65.2% de los profesionales de salud de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, coinciden en que el paciente hiperutilizador acude de 8-24 veces al año.

Cabe mencionar que se eliminaron dos respuestas, mismas que tenían resultados poco confiables, una de ellas manifestaba 96 veces y otra 365 ocasiones.

Por lo anterior se puede concluir, en base a las respuestas obtenidas en la investigación, en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE el promedio de veces que acude un paciente a la consulta en un año es de 18, con una desviación estándar de 14.2.

### 3.28.- ESTRATEGIAS QUE EL MÉDICO CREE CONVENIENTE REALIZAR ANTE LOS PACIENTES HIPERUTILIZADORES.

En el cuadro 10 se esquematizan las diferentes respuestas obtenidas.

CUADRO 10.  
ESTRATEGIAS TOMADAS POR EL MÉDICO ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

ESTRATEGIAS ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clasificarlos en base al motivo de la consulta.	7	21.3
No contesto.	4	12.1
Detectar a este tipo de pacientes.	4	12.1
Aplicar controles en donde se detecten las anomalías en el uso de los servicios de salud.	4	12.1
Realizar trabajo en equipo en la clínica de medicina familiar.	3	9.1
Realizar la atención integral con el apoyo del área de psicología.	3	9.1
Adecuar y vigilar que los pacientes tomen adecuadamente sus tratamientos.	2	6.1
Identificar el uso indiscriminado de justificantes.	2	6.1
Informar y sensibilizar de la normatividad institucional.	1	3.0
Realizar grupos de ayuda con pacientes similares.	1	3.0
Que las autoridades institucionales no se dejen manipular por este tipo de pacientes.	1	3.0
Tener paciencia ante la presencia de este tipo de pacientes.	1	3.0
TOTAL.	33	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 33.

### 3.29.- OPINIÓN DEL MÉDICO, SOBRE SI EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR TIENE UNA NECESIDAD ESPECIAL.

Se encontro que el 88.0% (22) indicaron que si la tiene, y el 12.0% (3) contestaron que no tiene necesidad especial el paciente hiperutilizador.

### 3.30.- TIPO DE NECESIDAD ESPECIAL QUE TIENE UN PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

En el cuadro 11 se esquematiza el tipo de respuestas obtenidas.

CUADRO 11.  
NECESIDAD ESPECIAL QUE TIENE UN PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

NECESIDAD ESPECIAL DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ser escuchado y orientado de acuerdo a su patología.	11	50.2
Obtener por parte de los profesionales de la salud afecto, atención y compañía.	3	13.6
Necesidad de tratamiento psicológico	3	13.6
Obtener un beneficio al brindarle atención médica y medicamentos.	2	9.1
Presentan una patología aguda	1	4.5
No trabajar.	1	4.5
Gozar de beneficios al estar siempre en el área de salud.	1	4.5
TOTAL.	22	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 22.

### 3.31.- ACCIÓN DEL MÉDICO FRENTE AL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

Dentro de los 25 médicos encuestados, se obtuvieron 80 diferentes respuestas. En el cuadro 12, se esquematizan las respuestas obtenidas.

CUADRO 12.  
ACCIÓN DEL MÉDICO ANTE EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.

ACCIÓN DEL MÉDICO FRENTE AL PACIENTE HIPERUTILIZADOR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dar tratamiento sintomático.	15	18.8
Canalizarlo a psicología.	14	17.5
Se estudia su patología con profundidad.	10	12.5
Se canaliza al especialista.	8	10.0
Incluir al paciente en un protocolo de estudio.	8	10.0
Canalizarlo a terapia Familiar.	7	8.7
Otros.	7	8.7
Enviar a laboratorio.	4	5.0
Se le otorga tratamiento previamente establecido.	4	5.0
Dar de alta al paciente.	2	2.5
Otorgar acceso libre a los servicios de salud, sin cita.	1	1.3
TOTAL.	80	100

Fuente: Encuestas realizadas, N = 80.

### 3.32.- SENTIMIENTOS GENERADOS POR EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR EN EL MÉDICO.

Los resultados referentes a los sentimientos que generan los pacientes hiperutilizadores en el médico, los dividiremos en dos grupos, el primero en el cual se encuentran los sentimientos placenteros, y el segundo en donde se observan los no agradables, estos representados por los cuadros 13 y 14 que se presentan a continuación.

CUADRO 13.  
SENTIMIENTOS PLACENTEROS

SENTIMIENTO	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Me gusta por que solo piden medicamentos.	4	16	21	84
Significa un reto a mi experiencia profesional	16	64	9	36
Les dedico más tiempo de la consulta.	8	32	17	68
Me agrada tratar a este tipo de pacientes.	4	16	21	84
Me gustaría solo tratar este tipo de pacientes	1	4	24	96
Ponen a prueba mis destrezas profesionales.	17	68	8	32
Me confortan.	2	8	23	92
Me gusta atender a estos pacientes.	7	28	18	72
Tomo su caso hasta solucionarlo.	12	48	13	52
Les doy forma de localizarme fuera de la institución.	4	16	21	84
La consulta de estos pacientes es más rápida.	6	24	19	76
Me generan alegría.	1	4	24	96
Son como el resto de los pacientes.	7	28	18	72
Atender este tipo de pacientes me hace sentir un buen médico	14	56	11	44

Fuente: Encuestas realizadas, N = 25

De los sentimientos placenteros que tienen la mayor frecuencia fueron los siguientes: Ponen a prueba las destrezas profesionales del médico, con el 68% (17), significa un reto a la experiencia laboral del médico con el 64% (16), y finalmente el de atender al paciente hiperutilizador les hace sentirse buenos médicos.

CUADRO 14  
SENTIMIENTOS DESAGRADABLES.

SENTIMIENTO	SI		NO	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Me enfado.	7	28	18	72
Me provocan cefalea.	0	0	25	100
Me deprimen.	3	12	22	88
Les limito el tiempo de consulta.	7	28	18	72
Me quitan el tiempo.	10	40	15	60
Me generan culpa.	1	4	24	96
Me generan inquietud.	8	32	17	68
Me generan cansancio.	9	36	16	64
Me generan irritación.	7	28	18	72
Me generan depresión.	2	8	23	92
Prefiero que otro médico los atienda.	6	24	19	76
Intento deshacerme de estos pacientes lo más pronto posible.	6	24	19	76
Ocupan consulta que otros pacientes necesitan.	16	64	9	36
Ponen en duda mi capacidad de síntesis de problemas.	5	20	20	80
Me disgusta atenderlos.	5	20	20	80
Me provoca malestar.	8	32	17	68
Me da miedo atenderlos.	1	4	24	96
Mi día es más pesado.	9	36	16	64
Me generan intranquilidad.	7	28	18	72
Me generan ansiedad.	3	12	22	88
Me generan mal humor	6	24	19	76
Me generan indiferencia.	4	16	21	84
Me generan inconformidad.	7	28	18	72
Me provocan malestar gástrico.	4	16	21	84
Me generan sensación de no poder resolver el problema.	8	32	17	68
Me molestan, porque siempre tienen nuevos problemas.	9	36	16	64

Fuente: Encuestas realizadas, N = 25

De los sentimientos desagradables, se observó que los que tuvieron mayor frecuencia fueron los siguientes: ocupan consulta que otros necesitan (16), les quitan el tiempo (10), Les generan cansancio (9), el día se les hace más pesado (9), les molestan porque siempre tienen nuevos problemas (9), les generan inquietud (8), les provocan malestar (8) y les generan sensación de no poder solucionar el problema (8).

#### 4.- DISCUSIÓN.

Referente a los conocimientos acerca del paciente hiperutilizador, los médicos generales y familiares de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE que participaron en esta investigación, se observa que tocante a definición, características y opinión existe confusión en el manejo de dichos términos, llegando a encontrar similitudes en cada rubro, esto se destaca por que los resultados obtenidos difieren de los esperados.

En la definición de paciente hiperutilizador, la respuesta con el mayor porcentaje fue la de: paciente que utiliza de manera muy frecuente los servicios de salud, en esta respuesta no se hace mención a periodo de tiempo alguno, factor importante en el estudio del fenómeno del paciente hiperutilizador, algunos los autores<sup>1,2,4-8,10,12,14,21,24,29,35</sup>, dedicados al estudio de este fenómeno mencionan un lapso de tiempo comprendido de un año para definir al hiperutilizador.

En esta investigación se encontró como definición, paciente que no presenta un malestar específico, compartiendo dicha respuesta en el rubro de características con un total de 10 médicos.

Las respuestas tienen coincidencia y similitud con las vertidas en características y en las encontradas en opiniones llegando a coincidir hasta en 12 ocasiones con las respuestas de características y en 7 ocasiones con las de opiniones.

Se concluye que los médicos de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE no conocen las definiciones existentes vertidas por algunos autores<sup>1,2,4-8,10,12,14,21,24,29,35</sup>, referente al fenómeno del paciente hiperutilizador, contrastando de manera importante con lo establecido en el estudio realizado por la Dr. Salazar Colin<sup>35</sup>, realizado en la misma clínica de medicina familiar donde definió como paciente

hiperutilizador a aquel paciente, que utilizó más de 5 veces los servicios médicos en un año.

Este estudio proporciona el siguiente resultado en cuanto al número de veces que acude un paciente hiperutilizador al año en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE; en base a las respuestas obtenidas es de 18 veces al año, si se compara este valor los resultados del estudio de la Dra. Salazar Colin<sup>35</sup>, donde menciona que en esta unidad médica el paciente hiperutilizador acude 8 veces al año como mínimo, se observa una diferencia, reconociendo que en esta investigación se tomó el promedio y en el de la Dra. Salazar Colin el límite inferior.

En las características o perfil del paciente hiperutilizador se encontró en esta investigación, que un médico da como respuesta: paciente que rebasa cierto número de consultas al año; respuesta que quedaría mejor como definición.

Corroborando nuevamente que no se tiene claro por parte de los profesionales de la salud de la clínica de medicina familiar, los conocimientos del perfil del paciente hiperutilizador.

Cabe mencionar que en el rubro del perfil del paciente hiperutilizador, 5 médicos coinciden con lo establecido por Llorente Álvarez<sup>4</sup>, Rubio Montañes<sup>7</sup>, Fuentes Goñi<sup>8</sup>, Mancera Romero<sup>10</sup>, y Ortega Tallón<sup>12</sup>, en base a las siguientes tres respuestas: paciente femenina, trabajadora casada con o sin hijos; paciente con patología mal definida; y finalmente paciente masculino de 30 a 40 años de edad, derechohabiente trabajador.

De la misma forma se mostró el desconocimiento de los médicos acerca del perfil del paciente hiperutilizador, descrito ya por diferentes autores<sup>1,2,4-8,10,12,14,21,24,29,35</sup>, englobando lo referido por De la Revilla<sup>6</sup>, que hace mención que el médico familiar se

enfrenta a manifestaciones biológicas, psíquicas y psicosomáticas sin poder establecer su causa efecto.

En esta investigación, en el punto referente al perfil del paciente hiperutilizador, solo cuatro médicos conocen algún concepto referente a este fenómeno de los proporcionados por diversos autores<sup>1,2,4-8,10,12,14,21,24,35</sup>, los 21 médicos restantes carecen del conocimiento acerca del perfil del hiperutilizador, sí como menciona De la Revilla<sup>9</sup>, los pacientes hiperutilizadores ocupan una parte de la consulta del médico familiar, los cuales acuden a la misma con padecimientos del tipo de salud mental, problemas psicosociales, enmascarando al médico con una enfermedad “mal definida”, es aquí donde radica la dificultad para descubrir la presencia de problemas psicológicos, o psicosociales en la consulta, en este momento entra en juego la capacidad para reconocerlos por parte del profesional de la salud.

En el rubro de características del paciente hiperutilizador, se encontró como respuesta: paciente que solicita licencias médicas, justificantes de ausentismo laboral, misma que se compartió con opinión en dos casos.

Referente a la opinión del paciente hiperutilizador: siete médicos indicaron que se trata de pacientes con patologías psicosomáticas; seis que se trata de pacientes con disfunción familiar, social y laboral; tres más que se trata de pacientes con patologías de base que requieren ser estudiadas y dos que son pacientes que requieren de atención especial multidisciplinaria, estos 18 médicos coinciden por lo establecido por Llorente Álvarez<sup>4</sup>, Rubio Montañes<sup>7</sup>, Fuentes Goñi<sup>8</sup>, Mancera Romero<sup>10</sup>, y Ortega Tallón<sup>12</sup> en base al perfil del paciente hiperutilizador y sus características. Estas no fueron opiniones personales de los participantes en la investigación, confundieron opinión con dar características, solo un médico expuso su opinión de la siguiente manera: los pacientes hiperutilizadores me merecen una opinión no muy buena.

Esta investigación corroboró que al momento de la realización del trabajo los médicos participantes en el mismo, no tenían claro los términos definición, características y opinión.

De igual forma se demuestra que el paciente hiperutilizador debe de ser identificado, atendido y dar seguimiento por la especialidad de medicina familiar, que es el médico de familia quien tiene los elementos necesarios para diagnosticar a tiempo este tipo de fenómeno.

En lo referente al tipo de patología de base que el médico cree que tiene el paciente hiperutilizador, esta investigación encontró que las tres principales causas de consulta de estos pacientes fueron: patologías psicológicas (27.6%), enfermedades crónicas degenerativas (22.2%), y angustia (5.6%) mismas respuestas que coinciden con las expuestas por De la Revilla<sup>6</sup>, Rubio Montañes<sup>7</sup>, y Fuentes Goñi<sup>8</sup>.

Nuevamente conduciendo al paciente hiperutilizador al terreno de la medicina familiar como lo ha expuesto De la Revilla<sup>6</sup>, al manifestar que el uso de los servicios de salud se relaciona estrechamente con los elementos encontrados en la familia. Siendo el médico familiar el único profesional de la salud que interactúa con redes de apoyo y es el especialista en el estudio de la dinámica familiar, además de ofrecer orientación familiar.

La presente investigación arrojó que los principales motivos de consulta en la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE son de dos tipos administrativos y médicos coincidiendo con Orozco Beltrán<sup>13</sup> en que más de un 40% de los motivos de consulta son administrativos.

Dentro de los administrativos se encontró: Solicitud de medicamentos, solicitud de justificantes laborales que fueron los que ocuparon los dos primeros lugares con 12 respuestas. Y dentro de los médicos: Enfermedades crónicas degenerativas (4); cefalea (2); trastorno psicológico (2) e infecciones en diferentes sistemas (2), esto coincidiendo con lo descrito por De la Revilla<sup>6</sup>, Fuentes Goñi<sup>8</sup> y Rubio Montañes<sup>7</sup>.

Tocante a la acción tomada ante el paciente hiperutilizador, los principales manejos fueron: Dar tratamiento (12), Explicar su patología de base (11) y canalizar al paciente al servicio de psicología (3): Dichas respuestas contrastan con los motivos de consulta del paciente hiperutilizador.

En esta investigación se analizaron los sentimientos que generan en el médico el paciente hiperutilizador, mismos que se dividieron en placenteros y desagradables para su estudio.

Dentro de los sentimientos placenteros los tres con el mayor número de respuestas fueron: ponen a prueba las destrezas profesionales del médico (17), significan un reto a la experiencia del médico (16) y atender a este tipo de pacientes les hace sentirse buenos médicos (14). Se observó que estos sentimientos placenteros están ligados a la experiencia y los conocimientos del médico, es en este punto donde se debe de incidir en un futuro con el personal de la clínica de medicina familiar, para que todos los pacientes hiperutilizadores despierten en los médicos estos sentimientos, para disminuir número de pacientes hiperutilizadores en base a un adecuado tratamiento de la patología de base existente.

En los sentimientos placenteros del médico, es el punto donde hay que iniciar para despertar la conciencia y autocrítica, para que el médico familiar, en vez de dar tratamiento y citas subsecuentes, se tome tres minutos más, frente a su paciente con este fenómeno, tratando de esclarecer su panorama y dar atención oportuna, acorde con la patología de base. Trayendo como consecuencia la disminución de carga en la consulta, disminución de referencias y derivaciones a otros servicios que no son necesarios, para finalmente disminuir la demanda y el desabasto de medicamentos, con resultado final de la plena satisfacción del paciente.

En lo que se refiere a los sentimientos desagradables, en este trabajo de investigación, los que ocuparon el mayor número de respuestas fueron: ocupan consulta que otros necesitan (16), les quitan el tiempo (10), Les generan cansancio (9), el día se les hace

más pesado (9), les molestan porque siempre tienen nuevos problemas (9), les generan inquietud (8), les provocan malestar (8) y les generan sensación de no poder solucionar el problema (8).

Se observó que estos sentimientos desagradables se encuentran a su vez divididos en dos grupos, uno tocante al tiempo del médico, y el otro referente a los conocimientos del médico.

Al igual se encontró con la menor de las frecuencias sentimientos tales como: les genera miedo atender este tipo de pacientes (1) y les generan culpa (1), sentimientos inusuales en profesionales de la salud

Es de suma importancia reflexionar que es tarea del médico familiar identificar y tratar adecuadamente a los pacientes hiperutilizadores; si bien estos sentimientos generados por ellos en los médicos no van a desaparecer, pero si con la adecuada reflexión por parte de los profesionales de la salud se pueden identificar y hacer uso de técnicas diferentes para controlarlos y que no influyan de alguna manera en la consulta de estos pacientes. Es aquí donde toman importancia las técnicas de autocontrol y reflexión del médico, la importancia de la relación médico-paciente, es en este momento crítico donde se deben detener a reflexionar y proponer estrategias, para evitar profesionales de la salud que resulten con insatisfacción profesional o con síndrome de desgaste emocional (burnout), como lo expuesto por Casajuana brunet<sup>20</sup>.

Es en este momento donde se debe de ser verdaderamente médico familiar e investigar en el paciente hiperutilizador a pesar de los sentimientos desencadenados por el mismo, la dinámica familiar, redes de apoyo con las que cuenta, grupos de ayuda, adaptabilidad familiar, satisfacción familiar, reforzar la relación médico-paciente, y no solo detenerse a pensar en el tiempo que le hace perder, o en el sentimiento que les genera al verlo u oírlo, sino pensar en invertir este sentimiento desagradable en placentero al ayudar al paciente, al encontrar su patología de fondo, dando tratamiento adecuado de esta forma el paciente hiperutilizador ya no lo será más.

Esta investigación solo es válida, únicamente para los médicos generales y familiares de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSTE, que participaron en este trabajo, mismo que puede tener sesgos, los cuales son por la forma abierta de proporcionar la información para esta investigación, y no hay otra forma de comparar los datos, sino únicamente con la propia opinión de los médicos, vertida en las respuestas obtenidas en la misma.

La limitación de esta investigación en cuanto a los resultados obtenidos no se puede generalizar, porque el muestreo no fue aleatorio y el universo de trabajo solo pertenece a la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE.

## **5.- CONCLUSIONES.**

En esta investigación se concluye que es de suma importancia, que los médicos generales y familiares de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, actualicen sus conocimientos referentes a definición y perfil del paciente hiperutilizador, esto por medio de algún tipo de taller, sesión general o por revisiones bibliográficas del tema, bajo la supervisión del departamento de enseñanza de la misma clínica, con la única finalidad de tener claro, que el fenómeno del hiperutilizador es estudiado en diferentes partes del mundo, y que tiene definiciones específicas y perfiles claramente demostrados, enriqueciendo sus conocimientos para beneficio de los pacientes.

Esto traerá como consecuencia una disminución de la demanda de consulta, de la sobrecarga de trabajo, disminuir las referencias al segundo y tercer nivel de atención, con pacientes que pueden ser identificados y manejados por los médicos familiares de esta unidad médica.

Conocer que el paciente hiperutilizador, es un paciente estrictamente de la especialidad de Medicina Familiar, debido a la problemática que envuelve, y esto se lograra solamente conociendo claramente las diferentes definiciones, los diferentes perfiles y conceptos existentes de este fenómeno.

Una vez lograda la capacitación sobre el tema del paciente hiperutilizador, los médicos de la clínica de medicina familiar “Dr. Ignacio Chávez” del ISSSTE, en un futuro propongan estrategias para identificar al paciente hiperutilizador en la consulta diaria y proporcionar un protocolo de estudio, donde se realice la interacción de las diferentes disciplinas existentes en esta unidad médica, con el único propósito de resolver de la mejor manera la problemática del paciente con este fenómeno, en el menor tiempo posible y con los menos recursos tanto humanos como materiales.

Recordar que se trata de una unidad escuela, formadora de residentes en el ISSSTE, por lo tanto ingresar a estos últimos a capacitación y generar en ellos el interés en este fenómeno de la hiperutilización de servicios.

Hacer conciencia en los médicos tratantes, de que cada uno de los pacientes hiperutilizadores que atienden genera en ellos sentimientos tanto placenteros como desagradables.

Que los sentimientos desagradables existen y están presentes cuando se atiende a un paciente hiperutilizador, proponer que el médico conozca y realice técnicas de auto control, de relajación, de respiración, esto para hacer que el sentimiento desagradable no influya de forma alguna en la impartición de consulta.

Invitar al personal médico, que en vez de atender al paciente hiperutilizador con los sentimientos desagradables y tratar de terminar la consulta lo más rápido posible, el profesional de la salud de la unidad de medicina familiar, se tome de 3 a 5 minutos más de lo acostumbrado, para lograr una adecuada consulta, alimentando una adecuada relación médico-paciente, identificando la problemática de base que tiene este tipo de pacientes, para finalmente resolver la patología identificada de la mejor manera posible, con la ayuda del equipo multidisciplinario de la unidad médica.

La medicina familiar es la especialidad adecuada, para atender al paciente hiperutilizador, en base a los conocimientos adquiridos, el médico familiar es el profesional de salud que puede y debe identificar al paciente con este problema en las primeras consultas, para traer como resultado, que el hiperutilizador sea tratado adecuadamente, atendiendo su patología de base lo mas pronto posible para que de esta forma sea reinsertado nuevamente en la sociedad y colocado de vuelta a su vida cotidiana lo antes posible.

Se sabe que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), atiende trabajadores, por lo tanto cada vez que un trabajador acude

a la consulta médica, tiene el derecho de un justificante laboral que lo ampare. Es aquí donde habría que diseñar una estrategia conjuntamente con los servicios administrativos para identificar en que momento un trabajador esta haciendo mal uso de este derecho.

## ANEXO 1

Folio: \_\_\_\_\_

### ENCUESTA

#### 1.- CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA.

Consentimiento para participación en la encuesta "Percepción del médico hacia los pacientes hiperutilizadores de la clínica de medicina familiar "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE". Esta investigación tiene autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial y será obtenida de manera voluntaria. La presente encuesta se divide en cuatro secciones en las cuales se abordaran temas referentes a información general sobre el médico, información sobre el consultorio asignado, conceptos sobre pacientes hiperutilizadores y finalmente sobre sentimientos del médico hacia los pacientes hiperutilizadores.

La información obtenida será utilizada para fines de investigación, lo que permitirá mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica.

El cuestionario se contesta aproximadamente en 20 minutos, no existen preguntas buenas ni malas, únicamente se les pide que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta usted contestar el cuestionario? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Muchas gracias por su participación.

#### SECCIÓN I.- Información general del médico.

1.- Consultorio número \_\_\_\_\_

2.- Sexo: 

M	F
---	---

3.- Edad: \_\_\_\_\_ años

4.- Antigüedad en el ISSSTE: \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

5.- ¿Cuánto tiempo tiene al frente del Consultorio? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

6.- Señale que escolaridad tiene:

Médico General  Especialista  Maestría  Doctorado

7.- ¿En los dos últimos años ha realizado algún diplomado?

No  Sí  Especifique \_\_\_\_\_

8.- ¿Trabaja de forma privada?

No  Sí

9.- Número de empleos remunerados: \_\_\_\_\_

10.-En la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez”, ¿Qué cargo desempeña?

Médico General	<input type="checkbox"/>	Gerontólogo	<input type="checkbox"/>
Médico Administrativo	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de la Dirección	<input type="checkbox"/>
Director	<input type="checkbox"/>	Subdirector Médico	<input type="checkbox"/>
Médico Familiar	<input type="checkbox"/>	Otro	_____

**SECCIÓN II.-** Información sobre el consultorio y población adscrita.

11.- ¿Cuántos pacientes tiene adscritos en su consultorio? \_\_\_\_\_

12.- ¿Cuántas familias tiene en su consultorio? \_\_\_\_\_

13.- ¿Número de consultas otorgadas en el día? \_\_\_\_\_

14.-En su población adscrita identifica usted algún paciente hiperutilizador. No \_\_\_ Sí \_\_\_

15.-Aproximadamente ¿Cuántos pacientes hiperutilizadores tiene? \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III.-** Conocimientos sobre paciente hiperutilizador.

16.-Considera usted que el paciente hiperutilizador ¿tiene alguna patología de base?

No  Sí  Especifique \_\_\_\_\_

17.- De la consulta del día de hoy, o de los últimos días, ¿atendió a algún paciente hiperutilizador?

No  Sí

18.- ¿Cuál fue el motivo de la consulta del paciente hiperutilizador?

19.- ¿Cuál fue la acción que usted tomó ante el paciente hiperutilizador?

20.- ¿Qué entiende por "paciente hiperutilizador"?

21.- ¿Cuáles serían las características del paciente hiperutilizador?

22.- ¿Cuál sería su opinión de los pacientes hiperutilizadores?

23.- Según su experiencia, aproximadamente, ¿Cuántas veces un paciente hiperutilizador acude en un año a consulta? \_\_\_\_\_

24.- ¿Qué estrategias cree usted conveniente realizar con los pacientes hiperutilizadores?

**SECCIÓN IV.- Sentimientos del médico acerca del paciente hiperutilizador**

25.- Cree usted que el paciente hiperutilizador ¿tiene una necesidad especial?

No  Sí  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

26.- ¿Qué hace usted frente a un paciente hiperutilizador?

Marque uno o más de acuerdo a su práctica.

Da tratamiento sintomático	<input type="checkbox"/>	Lo canaliza a especialista	<input type="checkbox"/>
Lo envía al laboratorio	<input type="checkbox"/>	Estudia su patología con profundidad	<input type="checkbox"/>
Lo canaliza a terapia familiar	<input type="checkbox"/>	Lo incluye en un protocolo de estudio	<input type="checkbox"/>
Lo canaliza a terapia psicológica	<input type="checkbox"/>	Le da de Alta	<input type="checkbox"/>
Le da tratamiento previamente establecido	<input type="checkbox"/>	Le da acceso libre sin cita	<input type="checkbox"/>

Otros \_\_\_\_\_

27.-De la siguiente lista marque lo que usted siente cuando atiende a los pacientes hiperutilizadores.

	SI	NO		SI	NO
Me enfado			Me disgusto		
Me provoca cefalea			Me conforta		
Me deprime			Me provoca malestar		
Me gusta porque, solo pide medicamentos			Me gusta atenderlo		
Significa un reto a mi experiencia profesional			Tomo su caso hasta solucionarlo		
Les dedico más tiempo			Les doy forma de localizarme		
Les limito el tiempo de la consulta			Me da miedo		
Me agrada tratarlos			Su consulta es más rápida		
Me quitan el tiempo			Mi día es mas pesado		
Me generan culpa			Me generan intranquilidad		
Me gustaría solo ver este tipo de pacientes			Me generan ansiedad		
Ponen a prueba mis destrezas			Me generan mal humor		
Me generan inquietud			Me generan indiferencia		
Me generan cansancio			Me generan alegría		
Me generan irritación			Son como el resto de los pacientes		
Me generan depresión			Me generan inconformidad		
Prefiero que otro médico los atienda			Me generan malestar gástrico		
Intento deshacerme de ellos lo más pronto posible			Me generan sensación de no poder resolver el problema		
Ocupan consulta que otros pacientes necesitan			Me molesta porque siempre tiene nuevos problemas		
Ponen en duda mi capacidad de síntesis de problemas			Resolver su problemática me hace sentir un buen médico		

## REFERENCIAS.

- 1.- De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. España: Doyma; 1994: 1-25
- 2.- Denver G. A. Epidemiología de la utilización de los servicios de los servicios de salud. México; 1998. Capítulo 8: 223-249
- 3.- Juconsa S, Cancillo E, Bolívar B y Portella E. Conjuntos mínimos de datos en atención primaria: una exploración de su factibilidad. Atención primaria. 1992; 10 (2): 605-611
- 4.- Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera L. J. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. Atención Primaria. 1996; 17 (2): 100-106
- 5.- Orueta Sánchez R, Viguera F, Ordaz P. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. Atención Primaria. 1993; 12 (2): 92-94
- 6.- De la Revilla L. y De los Ríos A. M. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención Primaria. 1994; 13 (2): 73-76
- 7.- Rubio Montañés M. L, Adalid Villar C, Cordón Granados F. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. Atención Primaria. 1998; 22 (10): 627-630
- 8.- Fuentes Goñi M. C, Álvarez Tutor E, García M. D, Fernández Velilla M. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. Atención Primaria. 1994; 14 (6): 809-814
- 9.- De la Revilla L, Aybar R, De los Ríos A. y Castro J. A. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Atención Primaria. 1997; 19 (3): 133-137
- 10.- Mancera Romero J, Muñoz Cobos F. Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. Atención Primaria. 2001; 27 (9): 658-662
- 11.- Chávez Aguilar Héctor. El médico familiar en la atención primaria a la salud. Rev. Méd. IMSS (Méx.). 1995; 33 (2): 173-176
- 12.- Ortega Tallón M. A. Roca Figueres G. Iglesias Rodríguez M. Paciente hiperfrecuentador de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. Atención Primaria. 2004; 33 (2): 78-75
- 13.- Orozco Beltrán D. Pedrera Carbonell V. Gil Guillén V. Prieto Erados J. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico. Atención Primaria. 2004; 33 (2): 69-77
- 14.- Sánchez Ruiz-Cabello F. J. Bellón Saameño J. A. y Castillo Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. Atención Primaria. 1992; 10 (2): 591-597

- 15.- Calvo Corbella E. y Friego Seguí J. E. Uso de la consulta programada y cumplimiento de la cita en un programa docente de medicina de familia. Estudio prospectivo de 2627 casos. *Atención Primaria*. 1989; 6 (1): 14-19
- 16.- Gras Balaguer S. J. Vila Capdevila M. Molés Gimeno J. D. Descripción de la estructura y demanda de un servicio de desplazados de la seguridad social. *Atención Primaria*. 1989; 6 (8): 553-558
- 17.- De la Revilla Ahumada L. y Fletos Cochoy L. Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención primaria de salud. Nueva Edición. Zurro. 2004; 4: 70-81
- 18.- De la Revilla, E. Bacilón, J. de Dios Luna, Delgado A. Prads M. A. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*. 1991; 8 (9): 688-691
- 19.- Gallo Vallejo F. J, Altisent Trota R, Díez Espino J, Fernández C. Perfil profesional del médico de familia. *Atención Primaria*. 1999; 23 (4): 236-250
- 20.- Casajuana Brunet J, Bellón Saameño J. A. Gestión de la consulta en atención primaria. *Atención Primaria*. 2004; 6: 84-107
- 21.- Juárez-Márquez S., Hernández- Rodríguez F., López-Caudana A. Relaciones intrafamiliares en familias hiperdemandantes de atención médica en medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar*. 2003; 5 (4): 104-108
- 22.- Alonso Martínez M, Mora Guío F. J, Calonge García M. E, Bravo Martín I. Flujo de demanda de servicios y planificación en atención primaria. *Atención primaria*. 1994; 14 (7): 869-872
- 23.- Granados Garrido J. A, San Andrés Rebollo F. J, Costa Zamora P. ¿Quién es el paciente no frecuentador?. *Atención Primaria*. 1993; 12 (7): 407-410
- 24.- Islas Guadalupe Maldonado, Orozco Torres Efrén Samuel. La consulta subsecuente. Condicionante de sobre demanda en una unidad de medicina familiar. *Rev. Méd., IMSS (Méx.)*. 1998; 36 (5): 377-382
- 25.- Pedrera Carbonell V, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Prieto Erades I. Características de la demanda sanitaria medica en atención primaria de un área de salud de la comunidad valenciana. *Atención Primaria*. 2004; 33 (1): 89-99
- 26.- Bronfman Mario, Castro Roberto, Zúñiga Elena, Oviedo Jorge. Del “cuando” al “por que”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*. 1977; 39 (5): 442-450
- 27.- García Vigil José Luis. Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana. *Rev. Med. IMSS (Méx.)*. 1999; 37 (3): 213-220
- 28.- González Lozano M. J, Gómez-Calcerrada D. Berrocal, De Maya Matalla M, Mendoza García C. El profesional y la organización en el uso de los recursos de atención primaria. *Atención Primaria*. 2000; 26 (8): 526-532
- 29.- De Pablo González R., Simó Miñaña J, Domínguez Velásquez J y Gervas Camacho J. La relación gestor-clínico: una perspectiva de médicos asistenciales. *Atención Primaria*. 2004; 33 (8): 462-470
- 30.- Dickinson Bannack M. A., Ponce Rosas E. R., Gómez Clavelina F. J. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Atención Primaria*. 1998; 21 (5): 275-282

- 31.- Ponce Rosas E. R., Gómez Clavelina F. J., Irigoyen Coria A. E., Terán Trillo M. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). Atención Primaria. 1999; 23 (8): 479-484
- 32.- Gómez-Clavelina F. J. Irigoyen-Coria A. Ponce Rosas E. R. Mazón-Ramírez J. J. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Archivo Med. FAM. 1999; 1 (3) 73-79
- 33.- Martín Zurro A, Ledesman Castellot A. y Saams Miret A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. Atención Primaria. 2000; 25 (1): 100-115
- 34.- Chávez Aguilar Víctor, Aguilar Mejía Estela. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Rev. Med. IMSS (Méx.). 2002; 40 (6): 477-481
- 35.- Salazar Colin Estela. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Tesis. 2004
- 36.- Turabian José Luis. Cuadernos de Medicina de Familia y comunitaria. 1995: 450-455
- 37.- Guía para la tutoría de proyectos de investigación en medicina familiar, GTPI, 1ª Ed. Editorial Medicina Familiar mexicana, México 2003.
- 38.- Reglamento de la Ley general de salud en materia de Investigación para la salud. Secretaria de salud, México, 3 de febrero de 1983.
- 39.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adaptada en la 18ª asamblea Médica Mundial en Helsinki, Filadelfia, Junio de 1964 y Enmendada en la 52ª asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre del 2000.
- 40.- Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas Biomédicas. Atención Primaria. 1998; 21 (5): 331-339.
- 41.- Farfán Salazar Georgina, Lugo García, Dávalos Ramírez, Programa de actualización continua en Medicina Familiar. Primera edición. Inter sistemas editores.2001.
- 42.- Ceitlin Julio. ¿Qué es la medicina familiar?. Diplomado de introducción a la practica medicó familiar; 1: 37-49.
- 43.- San Martín H. "El objetivo de la medicina familiar y las causas de la salud". Salud y Enfermedad, ed. Prensa médica, 4 Edición 1990.
- 44.- Huerta González José Luis. La familia en el proceso salud-enfermedad. México, 1998: 3:55