

## Dudar de la actividad del profesional: un tópico en las reflexiones sobre la demanda asistencial en atención primaria

**Sr. Director:** La excesiva presión asistencial en las consultas de medicina de familia justifica que cualquier reflexión sobre este fenómeno sea acogida con interés, incluso cuando la responsabilidad de esta situación sea adjudicada a los propios profesionales. Así ocurre, a nuestro juicio de forma injustificada, en el artículo de Bellón Saameño<sup>1</sup>. Encontramos en el texto algunas derivas conceptuales que merece la pena clarificar antes de extraer conclusiones.

Ya el título del artículo apunta a una lectura sesgada de su contenido, al poner el acento en el profesional cuando las evidencias mostradas en el texto difícilmente hablan de una responsabilidad aislada de éste, sino en conjunto con aspectos de la organización sanitaria y la población asignada. Y la interpretación de alguna de esas evidencias<sup>2</sup> no deja de ser llamativa, como cuando se presenta como punto de partida el hecho de que «factores del profesional y la organización» explican hasta el 63% de la variabilidad en la utilización de las consultas de atención primaria (cita 7 en dicho artículo<sup>1</sup>), incluyendo entre los factores relacionados con el profesional el número de pacientes diabéticos e hipertensos diagnosticados y el nivel de envejecimiento de la población asignada.

Asimismo, se presenta la división entre relación de agencia perfecta (aquella centrada en los intereses del paciente, incluidas consideraciones de justicia y reparto de bienes escasos) e imperfecta (la que se basa en variables relevantes para el profesional y alejadas del interés del paciente y la sociedad), pero se considera como relación de agencia imperfecta la que incluya consideraciones de medicina defensiva o la que se base en determinadas características del profesional, como pueden ser rasgos de personalidad perfeccionista o escaso nivel de competencia. Hay que tener en cuenta que la existencia de prácticas de medicina

defensiva no se debe exclusivamente al profesional, y hace relación con la propia dinámica social en que éste se encuentra<sup>3</sup>. Y si atendemos al significado que el término perfecto/a tiene para la Real Academia de la Lengua (*1. que tiene el mayor grado posible de bondad o excelencia en su línea; 2. que posee el grado máximo de una determinada cualidad o defecto; 3. de plena eficacia jurídica*)<sup>4</sup> y entendiendo que no son aplicables en este caso ni el significado 2 (la relación de agencia no es una cualidad o defecto) ni el 3 (claramente jurídico), resultaría que la relación de agencia no dejaría de ser «perfecta» por el hecho de que el profesional que la aplicase no fuera el ideal de perfección, sino aquel que alcanza un determinado nivel de competencia personal y profesional, contando con las limitaciones propias del ser humano; de lo contrario, estaríamos deseando tener «profesionales Superman», pretensión que en nada ayudaría a una gestión realista de nuestro sistema sanitario. Se continúa sembrando la duda sobre el buen hacer del profesional en el apartado dedicado a analizar la demanda inducida por el proveedor (no lo olvidemos: proveedor = profesional + contexto organizativo). El autor reconoce que el concepto demanda inducida (con la carga negativa que habitualmente proyecta sobre el profesional) apunta a aquella demanda generada por el profesional al margen del interés del paciente, pero dada la dificultad de su medición, asume su valoración a través de la demanda originada por iniciativa del profesional, independientemente de que la motivación de éste será, con gran frecuencia, en beneficio del paciente, como puede ocurrir con la mayoría de medidas preventivas (lo cual no queda claro en el texto), lo que redundaría en un aumento de la calidad de la asistencia prestada. Los datos que se presentan sobre la relación inversa existente en nuestro país entre frecuentación y tamaño de la población asignada a cada médico, leídos en perspectiva temporal como un incremento de la demanda inducida según se reduce el cupo poblacional debido a la presión social sentida por el médico para realizar mejor su actividad, podrían tener una lectura inversa si consideramos que con tamaños excesivos de cupo se reduce la capacidad de acción del médico<sup>5</sup>, que por sí mismo tendería a realizar su actividad de la mejor manera posible. Finalmente, la demanda inducida adminis-

trativa de baja efectividad (repetición de partes de baja y de recetas), que llegaría a suponer el 40% de las visitas al médico de familia, no tendría su origen en el profesional, sino en la propia organización del sistema, aunque aquél intente reducir el impacto en su práctica profesional.

Teniendo en cuenta todas las consideraciones anteriores, la responsabilidad del profesional en la gestión de la demanda (innegable por otra parte) quedaría enmarcada en la propia responsabilidad de la organización sanitaria (tamaño de los cupos, exceso de burocracia), y los esfuerzos de aquél para controlarla deberían ir acompañados de semejantes esfuerzos de parte de ésta. No compartimos la necesidad de dudar continuamente de las intenciones y capacidades de los profesionales que, en nuestra experiencia, son más víctimas que verdugos del sistema sanitario.

**Miguel Ángel García Pérez<sup>a</sup>,  
Vicente Martín Moreno<sup>b</sup>  
y Antonio Molina Siguero<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Medicina de Familia. Bioética y Derecho. Fundación CESM. Madrid. España.

<sup>b</sup>Centro de salud Dos de Mayo (Móstoles). Servicio Madrileño de Salud. Área 8 de Atención Primaria. Secretario del Sector de Atención Primaria. Médicos de Madrid CESM-Madrid. España. <sup>c</sup>Centro de salud Presentación Sabio (Móstoles). Servicio Madrileño de Salud. Área 8 de Atención Primaria. Madrid. España.

**Palabras clave:** Gestión. Demanda asistencial. Actividad del profesional.

1. Bellón Saameño JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2006;38:293-8.
2. Martínez-Cañavate T, Bellón JA, Delgado A, Luna JD, López LA, Lardelli P. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y la organización. *Aten Primaria*. 2004;34 Extraordin I:221.
3. Cortina A. Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía. 2.ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 2005. p. 152.
4. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22.ª ed. Madrid: Real Academia Española; 2004 [accedido 20 Nov 2006]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>
5. Yarnall KSH, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Is There Enough Time for Prevention? *Am J Public Health*. 2003;93:635-41.