

Réplica

Sr. Director: Creemos que los autores de la carta al director sobre nuestro artículo¹ presentan cierta confusión en los conceptos básicos sobre utilización. Cuando hace casi 10 años propusimos la división de los factores de la utilización en factores del usuario, el profesional y la organización, ya insistimos en que se trataba de una clasificación que intentaba ser pedagógica, aunque en realidad los 3 factores formarían parte de un sistema y estarían continuamente interaccionando entre sí, de tal forma que la modificación en cualquiera de ellos produciría también modificaciones en los otros dos². Desde el punto de vista empírico, también hay un buen consenso entre los científicos de que la fórmula matemática más apropiada para medirlos es el análisis multinivel³. Éste permite modelar y separar la varianza en el nivel de usuarios, profesional, centro de salud y sistemas macroorganizativos. Ésta es la metodología utilizada y desde ella tenemos que interpretar los datos obtenidos.

Desgraciadamente, el tamaño del cupo explica menos variabilidad de la utilización en atención primaria de la esperada, entre un 5 y un 10%⁴. Si lográramos resolver ese problema, quedaría todavía por arreglar un 90-95% del resto de los factores. Sería poco inteligente, por tanto, concentrar toda la energía y el interés en ese único factor. También es cierto que si dispusiéramos de más tiempo por paciente aumentaría la calidad de la asistencia. Ya es más dudoso que el aumento del tiempo por paciente mejore la satisfacción de los profesionales. En Estados Unidos y el Reino Unido, en la década de los noventa el tiempo medio por paciente ha aumentado, respectivamente, de 16,3 a 18,3 min y de 8,8 a 9,3 min; paradójicamente, la satisfacción de los profesionales con el tiempo que dedica a sus pacientes ha empeorado. Para entender esta paradoja se ha señalado que los médicos estaríamos en una especie de «rueda de hámster», donde por mucho que corras siempre estarías en el mismo sitio⁵. De lo que se trataría, por tanto, es de lograr saber el porqué. En un gran estudio europeo, en el que participó España y en el que se midió el tiempo por paciente mediante graba-

ciones en la consulta, utilizando el análisis multinivel, se pudo comprobar que las variables relacionadas con la mayor orientación-percepción psicosocial del profesional fueron las que presentaron la asociación más fuerte con la mayor duración de las consultas, mientras que la menor presión asistencial tuvo una asociación débil⁶. Este hallazgo podría ser una pista interesante.

El análisis de la demanda de servicios sanitarios desde la relación de agencia y la teoría de la demanda inducida por el profesional es un sólido constructo de la economía de la salud.

Quizá, una de las claves para entender sus comentarios está en la propia frase del principio: «... apunta a una lectura sesgada de su contenido». Este argumento se puede apoyar en otras frases que también se orientan hacia el mismo «sesgo de lectura»: «... se continúa sembrando la duda sobre el buen hacer del profesional», «... con la carga negativa que habitualmente proyecta sobre el profesional», «... no compartimos la necesidad de dudar continuamente de las intenciones y capacidades de los profesionales». Nosotros no tenemos ninguna duda sobre los profesionales y nuestra lectura del contenido del artículo es justamente la contraria. Creemos que actualmente se dispone de evidencias que pueden devolver al profesional parte del control de su propia demanda y eso creemos que es una buena noticia para los profesionales. Si sólo dependiéramos de los futuros cambios administrativos, por otra parte deseables y que sin duda también debemos trabajar para que se produzcan, probablemente sería más difícil conseguir los objetivos de calidad que todos deseamos.

Si se nos permite la analogía, algo parecido pasó cuando se estudiaban los encuentros médico-pacientes con los pacientes hiperutilizadores⁷. Se comprobó que, especialmente en estos encuentros, los médicos tenían con frecuencia pensamientos negativos sobre los pacientes: «este paciente es insostenible», «lo tengo que derivar como sea y donde sea», etc., que igualmente se asociaban con emociones del profesional también negativas (frialdad, ira, ansiedad, etc.). Negar que tengamos esos pensamientos y emociones no nos hace más pu-

ros, ni más honestos. Sin embargo, si el médico fuese consciente de ello le daría la oportunidad de afrontarlos y, de este modo, poder cambiar un encuentro médico-paciente difícil por otro más constructivo, que probablemente conseguiría mejores resultados de salud y de satisfacción para ambos. Esto sería una lectura constructiva y en positivo.

Cuanto más investigamos y estudiamos sobre el tema de la demanda, reconocemos que tenemos cierta inclinación a ver «la botella medio llena», y por supuesto no llevamos más razón que quien la ve «medio vacía», al fin y al cabo serían dos formas legítimas de ver el 50%.

Juan Ángel Bellón Saameño

Centro de Salud El Palo. Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Málaga. España.

1. Bellón JA. La demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2006;38:293-8.
2. Bellón JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 1997;3: 108-29.
3. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the Behavioral Model of Utilization. *Health Serv Res*. 1998;33:571-96.
4. Martínez-Cañavate MT, 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 1:137-8.
5. Mechanic D. How should hamster run? Some observations about sufficient patient time in primary care. *BMJ*. 2001;323:266-8.
6. Deveugele M, Derese A, Van de Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;352:472-8.
7. Bellón JA, Fernández Asensio MA. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ Couns*. 2002;48:33-41.