



5° curso actualización
en **Pediatría**
www.aepap.org

Viernes 8 de febrero de 2008

Seminario:

Gestión del tiempo en la consulta

Moderador:

Carlos Valdivia Jiménez

Pediatra de AP, CS de Torre del Mar, Málaga.

Ponentes/monitores:

- **Juan Ángel Bellón Saameño**
Médico de Familia, CS El Palo. Doctor en Medicina. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Málaga. Málaga.
- **Javier Sánchez Ruiz-Cabello**
Pediatra de AP, CS Zaidín- Sur. Granada.
- **Luis Ortiz González**
Pediatra de AP, CS Zaidín- Sur. Granada.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Valdivia Jiménez C. Gestión del tiempo en la consulta. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 289-90.

Gestión del tiempo en la consulta

Carlos Valdivia Jiménez

Pediatra de AP, CS de Torre del Mar, Málaga.

cvaldivia@telefonica.net

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el trabajo con programas de seguimiento de salud infantil ha adquirido gran relevancia, y en el futuro, la labor del pediatra consistirá, en gran medida, en promocionar hábitos de vida saludables y eliminar o reducir situaciones evitables de riesgo para la salud¹.

Los cursos sobre Gestión de la Demanda han proliferado en nuestro de ámbito de trabajo, pero fundamentalmente han ido dirigidos a médicos de familia, con programas no específicos para el pediatra de Atención Primaria (AP).

En Andalucía durante el periodo 2003-2005 se impartieron 87 cursos sobre Gestión de la Demanda a un total de 1.585 profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), con la siguiente distribución por profesionales: 1.036 médicos de familia, 225 enfermeras, 270 administrativos de Unidades de Atención al Usuario y 54 pediatras. Por lo tanto, sólo un 5% de los pediatras de AP accedieron a esta actividad formativa, frente a un 20% de los médicos de familia de Andalucía. (Fuente: datos presentados en el I Encuentro de Gestión de la Accesibilidad en AP, organizado por el SAS, en junio de 2006.)

Sin embargo, uno de los problemas más sentidos por los pediatras de AP en nuestro país es el exceso de presión asistencial, aspecto que se relaciona directamente con la calidad de la asistencia y el estrés laboral².

Con la intención de poder actuar en dichos factores nos hemos planteado la realización de este seminario sobre la "Gestión de una Consulta de Pediatría de AP".

Abordaremos la cuestión en dos bloques, de una parte la "Gestión del Tiempo", destacando las habilidades organizativas y de comunicación en la entrevista y de otra parte la "Gestión de la Demanda", en la que analizaremos pormenorizadamente los factores que influyen en el uso de los servicios sanitarios, destacando los factores potencialmente modificables, siendo estos los que deben centrar nuestras estrategias de mejora³.

Son múltiples los factores y mecanismos que determinan la presión asistencial y la utilización de los servicios sanitarios. Esto obliga a un análisis amplio de factores diversos entre los que encontramos los dependientes del usuario, del profesional y de la organización⁴.

Se planteará la valoración de aspectos específicos como son el "paciente hiperfrecuentador", la consulta telefónica y la educación sanitaria en relación con la demanda de servicios.

La multiprofesionalidad, entendida como la actividad compartida del trabajo entre profesionales de distintas categorías dentro de un mismo equipo, produce un aumento de la eficiencia y disminuye las cargas de trabajo. La actividad debe distribuirse entre todos los miembros del equipo, buscando que cada acto sea realizado en el lugar de máxima eficiencia, y por el profesional que para cada acto concreto resulte más eficiente⁵. El Área de Atención al Usuario es uno de los elementos claves para el funcionamiento adecuado de los centros de salud.

La evolución del perfil de actividad de los actuales auxiliares administrativos está sufriendo cambios significativos (gestión de citas). La labor del personal de enfermería puede aportar grandes mejoras en la organización de la consulta de pediatría, fundamentalmente en actividades preventivas y de promoción de la salud, así como en el manejo de pacientes crónicos.

2. OBJETIVOS DEL SEMINARIO

Este seminario está especialmente indicado para aquellos pediatras de AP que padecen un exceso de presión asistencial y que están "decididos y motivados" para emprender algún tipo de medida que les permita reducir la utilización de sus pacientes.

Para este fin nos planteamos como **objetivos generales**:

- Conocer y entender las causas determinantes de la utilización/hiperfrecuentación de las consultas de AP. Adquirir conocimientos y habilidades suficientes para realizar un diagnóstico de los factores del usuario, del profesional y de la organización que inciden en el exceso de visitas a una consulta o un centro de salud.
- Adquirir conocimientos y habilidades necesarias para el manejo adecuado de los pacientes hiperutilizadores.

Bibliografía

1. Durá Travé T y Gúrpide Ayarra N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un Centro de Salud. Diferencias etarias y estacionales. Atención Primaria. 2001;27:244-9.
2. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Barcelona: Ed. Instituto @pCOM; 2001. www.institutoapcom.org
3. Sánchez FJ, Bellón JA, Castillo R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. An Esp Pediatr. 1993;38 :423-7.
4. Casajuana J, Bellón JA. Gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín Zurro A & Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización, y práctica clínica. (Vol. 5.ª ed.), Barcelona: Elsevier España SA; 2003.
5. Bellón JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de AP y no morir en el intento (I y II). Revista c@p. 1998 / www.semfyec.es



5º curso actualización
www.aepap.org **Pediatría**

Viernes 8 de febrero de 2008

Seminario:

Gestión del tiempo en la consulta

Moderador:

Carlos Valdivia Jiménez

Pediatra de AP, CS de Torre del Mar. Málaga.

Ponentes/monitores:

- **Juan Ángel Bellón Saameño**
Médico de Familia, CS El Palo. Doctor en Medicina. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Málaga. Málaga.
- **Javier Sánchez Ruiz-Cabello**
Pediatra de AP, CS Zaidín- Sur. Profesor Asociado Pediatría. Universidad de Granada. Granada.
- **Luis Ortiz González**
Pediatra de AP, CS Zaidín- Sur. Granada.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Bellón Saameño JÁ, Sánchez Ruiz-Cabello J, Ortiz González L. La gestión del tiempo en la consulta. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 291-8.

La gestión del tiempo en la consulta

Juan Ángel Bellón Saameño

Médico de Familia, CS El Palo. Doctor en Medicina. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Málaga. Málaga.
jabellon@terra.es

Javier Sánchez Ruiz-Cabello

Pediatra de AP, CS Zaidín-Sur. Profesor Asociado Pediatría. Universidad de Granada. Granada.
jsanchezrc@meditex.es

Luis Ortiz González

Pediatra de AP, CS Zaidín- Sur. Granada.

En la década de los 90 ha aumentado el tiempo medio por paciente en Atención Primaria (AP), en USA (de 16,3 a 18,3 minutos) y en UK (de 8,8 a 9,3 minutos); sin embargo, ha empeorado la satisfacción de sus profesionales con el tiempo que dedica a sus pacientes. Para explicar esta paradoja se ha sugerido que los médicos estaríamos en una especie de "rueda de Hamster" donde por mucho que corramos, siempre estaríamos en el mismo sitio. Es decir, por mucho tiempo que tengamos, siempre encontraríamos más cosas que hacer para las que no tendríamos tiempo. Debemos ser muy "realistas" con el tiempo objetivo que disponemos. Es decir, tendríamos dos clases de tiempo, **el que nos gustaría tener y el que realmente tenemos**; y conocer sus límites resultaría muy saludable.

Para gestionar de forma eficiente nuestro tiempo, se necesitan dos tipos de habilidades: **habilidades de organización (de gestión del tiempo de la consulta)** y **habilidades de comunicación (de gestión del tiempo de la entrevista)**. No obstante, también se requerirá de una actitud que denominaré "**actitud de gestión del tiempo**". Disponer de esta actitud implicaría que tenemos un ánimo positivo al servicio de la tarea de gestión del tiempo. La actitud contraria sería la de "no puedo hacer nada, la escasez de tiempo me desborda".

La primera tarea aconsejable es conocer de la forma más objetiva en que empleamos nuestro tiempo. Para ello suele bastar con apuntar las horas de inicio y finalización de nuestras actividades durante al menos una semana o dos. Cuando hemos realizado estas hojas de monitorización, los aspectos susceptibles de mejora que aparecieron con más frecuencia fueron: 1) aprovechar el tiempo de desfase entre la hora de llegada y salida; 2) ajustar el tiempo dedicado a desayunar cuando supere

los 30 minutos u obligarse a tomarlo cuando no se haga; 3) disminuir el tiempo dedicado a recibir a los visitantes médicos si supera los 5-10 minutos; 4) dedicar algo de tiempo a la organización de la consulta y a reuniones con la enfermera; 5) respetar y aprovechar los tiempos de formación y de reuniones.

Nuestros gestores, también influenciados por lo que “deberían hacer” y obviando lo que “realmente podemos hacer”, proponen y programan el aumento de la cartera de servicios año tras año. Antes de tomar estas decisiones alegremente deberíamos pensar seriamente sobre los costes en tiempo de las nuevas actividades, reanalizando el tiempo de las que ya hacemos. Las preguntas que nos ayudarían a tomar decisiones y redimensionar una actividad serían: ¿cuánto tiempo habrá que dedicarle además del que ya dedicamos a otras cosas?, ¿qué vamos a dejar de hacer para poder hacer la nueva actividad? y ¿qué recursos se aportarán para la nueva actividad que aumentará nuestra disponibilidad de tiempo? **El tiempo que dedicamos a una actividad o a un paciente puede implicar que lo sustraemos de otra actividad o de otro paciente.** Esto, además de implicaciones de gestión, tiene alcances éticos que a nadie se le escapan. En centros de salud donde el tiempo medio que se dedica al paciente es de 5-6 minutos o menos, la mayoría en nuestro país, debe pensarse muy bien lo que se hace y prioriza. Mi opinión en este caso es que el programa o la actividad prioritaria es un programa de gestión de la demanda y de gestión del tiempo. El objetivo sería conseguir la media de los 10 minutos por paciente y una vez conseguido, volver a valorar la prioridad de nuestra cartera.

En un estudio se calculó el tiempo que en un cupo medio se necesitaría para cumplir las visitas recomendadas por las guías de práctica clínica sobre sólo diez de los problemas crónicos más prevalentes en AP. Asignando 10 minutos por visita se necesitaría más de 10 horas diarias de consulta todos los días laborables del año; lo cual, evidentemente, pone en duda lo conveniente de estas recomendaciones de visitas en el conjunto del contexto real de la práctica clínica. Esta nueva

enfermedad la podríamos denominar “**protocolitis**” (“inflamación de los protocolos”), y entre su etiopatogenia se incluiría el que la mayoría de los consejos sobre el intervalo de visitas que sugieren las guías de práctica clínica se basarían exclusivamente en la opinión de los expertos. Cuando se han realizado ensayos clínicos probando diferentes intervalos de visitas se ha podido comprobar que los expertos recomendaban un exceso de visitas que no producía una mayor salud a los pacientes, es decir, para el tratamiento de la “protocolitis” serían recomendable unas buenas dosis de alargamiento de la frecuencia de visitas allí donde se disponen evidencias de que ello es aconsejable. En esta línea, siguen apareciendo estudios que van comprobando que alargar los intervalos de las citas, en un contexto multiprofesional, incluso puede mejorar la salud de los pacientes. En realidad, la herramienta de gestión más eficiente en la gestión del tiempo de la consulta es **la disminución de la frecuencia de visitas de nuestros pacientes**, referida a las visitas que no mejoran su salud: la DICBE (demanda inducida clínica de baja efectividad) y la DIABE (demanda inducida administrativa de baja efectividad).

Todos sabemos que es eso del “**poyaquismo**”: aquel paciente que acude a la consulta, normalmente por un trámite y “‘po ya que’ estoy aquí porque no le mira la garganta o le hace una analítica”. El mejor tratamiento del “poyaquismo” es la prevención. La vacuna del “poyaquismo” sería evitar que los pacientes acudan a nuestras consultas por puros trámites. Es muy sencillo, si no vienen no hay “po ya que”.

El “**poyaquismo inverso**” probablemente sea más desconocido. Se trata de una estrategia eficiente de gestión del tiempo de consulta. Cuando un paciente acude a la consulta por el motivo que fuera, por ejemplo por un resfriado, aprovecharíamos la ocasión para darle el “paquete asistencial completo”. En cada visita tendríamos que hacernos las 3 preguntas básicas del “poyaquismo inverso”: ¿puedo predecir cuando vendrá el paciente?, ¿quién es el profesional más eficiente para intervenir en esa próxima visita?, y ¿puedo alargar ese intervalo sin que se quiebre su salud?

El Pediatra de AP que haya desarrollado sus **habilidades de abordaje psicosocial** estará en ventaja sobre la gestión del tiempo de consulta. Posiblemente, el saber manejar a una madre ansiosa o deprimida con rasgos aprensivos, y tenga una importante repercusión sobre la disminución de la frecuentación de las consultas. En estos casos sería ideal trabajar coordinado con el médico de familia de la “madre ansiosa”, aunque, en mi opinión, el Pediatra de AP debería estar entrenado para abordar este problema con autonomía. Para ello, se han desarrollado una serie de intervenciones psicosociales específicas para la AP (de 10-15 minutos) sencillas y accesibles. A veces intuimos los problemas psicosociales de los pacientes, pero preferimos no abrir “**la caja de Pandora**”, porque nos angustiaría que se alargara la entrevista y/o el no saber como abordarlo. Otras veces adquiere el formato de “**la estrategia del avestruz**”, donde aun teniendo pistas evidentes y explícitas del problema psicosocial o del impacto emocional en el niño y/o la madre, esconderíamos la cabeza para no verlo.

Se ha comprobado que no existe buena correlación entre el **tiempo objetivo y subjetivo**. Algunas entrevistas muy cortas son muy satisfactorias y viceversa. En general, se puede decir que un profesional que tiene problemas de habilidades de comunicación, también tendrá problemas con la gestión del tiempo de entrevista. El **aumento de la reactividad** al inicio de la entrevista (cortar el discurso del paciente muy precozmente) se ha relacionado con la aparición de demandas aditivas al final de la entrevista. En ocasiones, el problema de la gestión del tiempo en la entrevista es una madre que no para de hablar en la consulta. Con frecuencia se trataría de personas con niveles elevados de ansiedad, donde **la verborrea** es un síntoma más. Su enfoque sería por tanto el de la ansiedad. Otras veces se trataría de **narradores tangenciales**, quienes para describirnos un síntoma nos contarían demasiados detalles carentes de valor clínico. En este caso puede estar indicado redireccionar la entrevista para tratar de acortarla. Otros pacientes que producen entrevistas interminables son los pacientes con **rasgos dependientes de personalidad**, personas que necesitan estar

“colgadas” a alguien en todos los aspectos de su vida, al pediatra también. En el contexto de las entrevistas padecen de “angustia de separación”, parecería que tuvieran pegamento en la silla. En este caso, aparte de negociar los contenidos al principio de la entrevista y abordar la posible psicopatología, estarían indicadas las invitaciones verbales y no verbales a la despedida. **Otras veces quien no se calla es el profesional**. Las entrevistas donde el profesional habla más que el paciente, en general, suelen ser muy poco productivas clínicamente y poco satisfactorias para los pacientes. Hay profesionales a los que les encanta escucharse a sí mismos, elaborando unos discursos interminables a sus pacientes. Otras veces nos encasquillamos repitiendo una y otra vez el mismo mensaje al paciente.

El trabajar a la velocidad de 5 minutos por paciente es una experiencia muy estresante. Aunque algunos se quedan en el camino, muchos sobrevivimos a ella. No obstante, esta supervivencia tiene también sus efectos secundarios. Uno de ellos es lo que Francesc Borrell denomina “**ir como motos**”. Las motos en el medio urbano (el símil sería en la consulta de AP) se deslizarían ante los obstáculos (los problemas del paciente) quizás con agilidad, desparpajo, y rapidez; pero a su vez ello no garantizaría que se enfocaran bien (no se resuelven), e incluso aumentarían los riesgos de accidente (errores clínicos). La alternativa de ir como un “**buldózer**” tampoco sería muy aconsejable. Serían los entrevistadores a los que les daría igual la agenda y la visión del paciente; van a lo suyo, arrasando. Estos tampoco tendrían buenos resultados clínicos. Entonces, ¿cuál sería el medio de locomoción más adecuado en la gestión del tiempo en la consulta? La respuesta es sugerente: “**el todoterreno**”. El entrevistador que cuando está en una autopista (un resfriado sin complicaciones) mete la sexta y corre que se las pela, pero cuando está en un camino pedregoso y empinado (problema psicosocial y presentación somática) o peligroso (sospecha de enfermedad grave) introduce la reductora y camina lentamente. Los entrevistadores que gestionan 5 minutos “clavados” en todos los pacientes, venga quien venga, por lo que vengan y en cualquier circunstancia, son malos gestores de su tiempo.

Cuando por imperativos organizativos no nos queda más remedio que correr, por ejemplo porque llevamos mucho retraso y tenemos que estar a determinada hora en otra actividad indemorable, se aconseja pasar al paciente a la camilla lo antes posible, completando allí la anamnesis ("**estrategia del correccaminos**"); de esta forma se minimizaría el riesgo de mala praxis. Sobre el dilema de correr en la consulta quisiera subrayar que **la mejor forma de ganar tiempo es resolver los problemas de los pacientes**. Pasar "como motos" por los problemas de los pacientes suele tener el efecto contrario al esperado, el paciente tendrá que ir más veces a la consulta, porque no terminamos de darle una solución, luego gastaremos más tiempo.

Hablar en nuestras consultas de AP de paciencia puede resultar irónico, ¿cómo tener paciencia con los escasos minutos que tenemos por paciente? **La paciencia**, además de ser una virtud o un rasgo de personalidad, es una habilidad que se puede aprender. El primer paso para cultivar nuestra paciencia es ser consciente de nuestra impaciencia, entendida como sensación de urgencia, de falta de tiempo y de prisa. Por otra parte, resulta muy difícil practicar la escucha activa sin paciencia, y la impaciencia contribuiría a aumentar nuestros errores clínicos. La impaciencia hace que nos decantemos por un interrogatorio con preguntas cerradas (sí/no), ya que dejar hablar lo veríamos como un riesgo demasiado grande de ir más lento y ocupar más tiempo. Desafortunadamente, suele ocurrir lo contrario, la impaciencia y la falta de escucha activa hace que no nos enteremos bien del problema del paciente, que nos equivoquemos más y que, por tanto, tengamos que dedicar más tiempo a rehacer lo que ya podríamos haber solucionado desde una actitud y conducta más paciente. La impaciencia sepulta nuestra curiosidad profesional, lo cual es terrible para un médico, y también se suele asociar a sentimientos de irritabilidad y hostilidad. Definitivamente, la impaciencia y la falta de curiosidad clínica se relacionan estrechamente con la mediocridad profesional.

Comience la consulta en punto, incluso se recomienda llegar unos minutos antes; los suficientes para arran-

car el ordenador, preparar los papeles y otros prolegómenos. Las primeras entrevistas marcarán el ritmo de toda la jornada. Si nos retrasamos al comienzo posiblemente no terminaremos de cogerle el ritmo apropiado a la jornada.

Ajuste sus ruidos internos. Cuando le damos a la llave de contacto de nuestro "todoterreno" se encienden una serie de luces que nos informan de cómo estamos de impaciencia, pereza, pensamientos de fatalidad, etc. Sintonícese todo lo que pueda en la tarea, "ponga el ritmo adecuado a su consulta". Dígase a sí mismo "hoy no me encuentro bien, pero lo importante es no agobiarme". El que el primer paciente haya sido insoportable no quiere decir que los otros 30 también lo sean. Repóngase ante sus pensamientos autodevaluadores, "ya sé que tendría que haber sido torero, pero hoy está de médico". Si en un momento ya avanzado de la consulta se encuentra realmente saturado y agotado, pare 5 minutos, tómese un café rápido, pero pare. Eso le puede hacer ganar tiempo.

Ajuste sus ruidos externos. Asegúrese de que no va a tener interrupciones predecibles. Se ha asegurado de que no tendrá que levantarse a buscar algún impreso o herramienta de trabajo que necesitará durante la consulta. Desarrolle un plan de prevención de demora en la consulta que acabe con los ruidos de los pacientes enfadados en la sala de espera por el retraso. Si mejora su retraso evitará, además, que los pacientes entren agresivos en la consulta, con el desgaste emocional que eso supone. Además minimizará que le castiguen con más tiempo de entrevista ("yo he tenido que esperar una hora para entrar y ahora me van a esperar a mí").

Prevenga los desajustes de ritmo. Configure su agenda con colchones de recuperación de tiempo. Evite el overbooking de la agenda (citar a más pacientes de lo previsto esperando que falten algunos de los citados). Sea realista de una vez por todas, si en realidad emplea una media de 8 minutos por paciente, ¿por qué se los sigue citando cada 5 minutos?, ¿a quién pretende engañar? **El tiempo de la entrevista lo marca el entrevistador**, ¿o no? Si usted siente que no lleva el ritmo de la

entrevista, no le eche la culpa a la madre, el desorganizado y “mal entrevistador” es usted. Quizá este podría ser un tema prioritario en su formación. **Minimice los tiempos muertos.** En las consultas a veces se pueden aprovechar los “agujeros negros” de tiempo. Algunos pacientes emplean unos segundos para desvestirse y vestirse (más los bebés) que se podría aprovechar, por ejemplo, para escribir en la historia. Le invito a desarrollar sus propios trucos.

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA EN AP?

La **utilización de los servicios de AP** es una cuestión que interesa tanto a clínicos como a gestores. A los primeros, porque de ella depende la organización de la consulta y su eficiencia clínica; a los segundos, porque es un elemento fundamental a la hora de la planificación y gestión de los recursos materiales y humanos; y a ambos, porque una utilización racional y organizada genera una atención de mayor calidad, así como una mayor satisfacción para pacientes y proveedores.

La mayoría de los estudios sobre el uso de los servicios de AP se refieren a la **intensidad** de uso, también denominada tasa de utilización o frecuentación, cuya definición vendría dada por el número de veces que los pacientes acuden a la consulta en un determinado tiempo.

En determinadas ocasiones, se puede discutir sobre si la utilización es **adecuada o inadecuada**. Entre los médicos de AP, esta apreciación se decanta hacia el lado del exceso de visitas inadecuadas; generalmente referidas a las consultas por motivos como resfriados, pequeñas lesiones y otros problemas menores. El categorizar el uso como apropiado o no apropiado implica per se un juicio de valor; y como se puede deducir, este juicio depende de ciertas características del médico, como la motivación o la experiencia profesional.

Cuando la **demanda es excesiva el tiempo por paciente, (relacionado con la calidad de la atención) disminuye**. Se ha comprobado que cuando las consultas son más

cortas disminuye la satisfacción del paciente, descienden los contenidos de educación sanitaria y las actividades preventivas; se prescriben más medicamentos y los pacientes vuelven más por la consulta; los usuarios exponen escasamente sus creencias y preguntan menos; y por si fuera poco, los médicos sufren más estrés y mal humor.

Otro centro de interés sobre la utilización se ha focalizado sobre el hecho de que un **pequeño grupo de pacientes, los que consumen la mayoría de las visitas y los recursos que dispensa el médico, son los hiperutilizadores**. En los niños hasta los 7 años, el 10% de ellos gastaron el 35% del total de las visitas/año y en niños de 5 a 12 años, el 15% realizaron el 50% de las visita.

¿Cómo podemos mejorar la utilización en nuestra consulta?

En este documento vamos a tratar de exponer las posibles medidas para la mejora de la demanda en las consultas de pediatría, tratando de responder, en primer lugar, con evidencias científicas y, en segundo término, con sus aplicaciones prácticas.

En primer lugar, la **utilización** de los servicios de salud sólo se realiza en una tercera parte de los síntomas que percibe la población infantil ¿podríamos imaginar las consecuencias si la consulta se hiciese con todos los síntomas?

En segundo lugar, analizamos cómo una pequeña parte de la población infantil consume gran parte de los recursos (**hiperutilizadores**), y además dicha población es posible caracterizarla en base a variables asociadas:

- Accesibilidad (isocrona < 10 min).
- Bajo nivel socioeconómico.
- Bajo nivel de estudios y profesión (ama de casa).
- Enfermedad crónica de los padres, esterilidad previa, primogénito.

- Enfermedad crónica del hijo. Escasos controles de salud.
- Niveles elevados de ansiedad.
- Escasa cultura sanitaria.

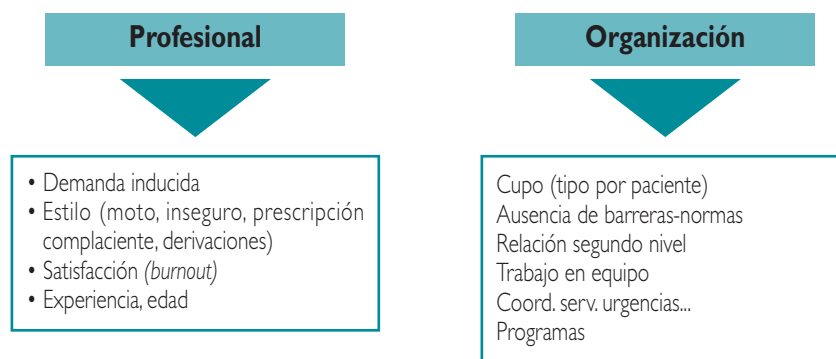
El tercer punto, aborda los factores que influyen en la decisión de utilizar o no utilizar un servicio (figura 1), es decir por qué y en qué medida influyen en “ese” tercio de síntomas que se consultan con el profesional.

Exponemos cuáles serían los **factores más importantes potencialmente modificables** (figura 2) y cómo podríamos influir en ellos para lograr mejorar la demanda pediátrica. Estas situaciones hemos de detectarlas en la

consulta diaria, para poder identificar la causa del uso inadecuado y poder abordarlo. Destacamos los siguientes factores:

- **Percepción de gravedad** de un determinado síntoma: asociación lineal con utilización: incrementa 2-5 veces la probabilidad de consulta con pediatra /urgencias.
- **Percepción susceptibilidad:** al igual que la gravedad, la asociación es lineal. La percepción de gravedad o susceptibilidad erróneas ante un síntoma ocasionaría consultas inadecuadas tanto en AP como en urgencias. Todos recordamos frases en nuestro trabajo diario que nos enfatizan la importancia de estos dos fac-

Figura 1. Factores que influyen en la utilización



Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care* 1985;23:438-60.

Figura 2. Factores del usuario que influyen en la utilización

- Enfermedad crónica del hijo.
- Enfermedad crónica / mental de los padres.
- Escasas barreras accesibilidad.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Bajo nivel de estudios y profesión (ama de casa).
- Satisfacción.
- Menor edad. Padres jóvenes. Primogénito...

tores en la consulta a demanda: “Ya sabe, éste niño lo coge todo, bueno, lo que se dice bueno no ha estado ni un solo día”. “Lo vuelvo a traer porque ya no me fío, desde la neumonía...”

- **Duración de los síntomas:** el tiempo medio desde el inicio de un síntoma hasta la consulta con el profesional es de 5 días, la consulta no es una opción precoz, lo que nos daría margen (redes sociales, autocuidados, etc.) para poder modificar la conducta posterior:

Además, la consulta es más frecuente cuanto más dura un síntoma: si un síntoma dura más de “X” días es un fuerte predictor del uso. “Pues que como sigue la fiebre, lo tuve que llevar otras 2 veces a urgencias y ya son 3 días...”

- **Utilización previa de los servicios sanitarios:** la utilización previa de los servicios sanitarios favorece la utilización posterior. El uso familiar es un predictor de utilización pediátrica. Sería importante actuar sobre familias hiperutilizadoras y sobre “utilizadores previos”.
- **Los síntomas ansioso-depresivos** predisponen a que se consulte más y que la probabilidad de consulta sea más inmediata: sería importante detectar precozmente los síntomas depresivos en las madres. “Mire, el niño tiene que tener algo, otra vez con el dolor de barriga, no me fío, a ver si lo dejamos y es algo malo... por Dios me daría algo sólo de pensarlo...”

Los pediatras deberíamos estar sensibilizados para el diagnóstico y tratamiento de los síntomas ansioso-depresivos de las madres.

- **Cultura y educación para la salud:** la escasa cultura sanitaria favorece la hiperutilización de servicios. Además, se sabe que los síntomas que

más consultan son la tos y la fiebre, sería así preciso incluir en los programas de educación para la salud el uso adecuado de servicios ante la fiebre y cuadros catarrales.

Terminamos recordando y **proponiendo intervenciones** en las que hay que centrarse para mejorar la utilización de servicios en AP. Presentaremos situaciones habituales de hiperutilización, se pretende identificar y analizar el motivo del uso excesivo, y “recetar” una actuación individual o grupal para evitar que el problema se cronifique y origine más hiperconsultas.

La “**intervención**” para mejorar la utilización de las consultas de pediatría debe centrarse en:

1. Incrementar la **educación sanitaria** (incluido padre).
2. Mejorar la **percepción de gravedad** y manejo de síntomas en función de su duración (fiebre y catarras).
3. Percepción de **susceptibilidad** del hijo.
4. Diagnóstico y tratamiento de **síntomas ansioso-depresivos en los padres**.

Como **medidas de actuación** se proponen:

- Comenzar protocolizando en los primeros controles de salud (charla padres) contenidos concretos sobre educación sanitaria.
- Guías anticipatorias en enfermedades comunes: manejo y criterios de gravedad de la fiebre y catarro, y su evolución en función del tiempo, así como incluir conceptos para mejorar la percepción de susceptibilidad de sus hijos.
- Actuación de forma individual ante los hiperutilizadores, incidiendo en los factores que determinan el abuso de servicios.

Bibliografía

1. Allen EC, Manuel JC, Legault C, Naughton MJ, Pivor C, O'shea TM. Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics*. 2004;113(2):267-73.
2. Braddock CH, Snyder L. The doctor will see you shortly. The ethical significance of time for the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med*. 2005;20:1057-62.
3. Bellón JA, Molina F, Panadero A. El tiempo de comunicación y registro en la consulta de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1995;15:439-44.
4. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variable associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med*. 1999;29:1347-57.
5. Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Anales Sis San Navarra*. 2001;24(2):7-13.
6. Bellón JA. Problemas Psicosociales. En: Guía de actuación en Atención Primaria. (2.ª edición). Barcelona: Semfyc; 2002. p. 267-271.
7. Bellón JA. La demanda inducida por el profesional: de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2006;38:293-8.
8. Bellón JA, Delgado-Sánchez A, Luna JD, Lardelli-Claret P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract*. 2007; doi:10.1093/fampra/cmm059
9. Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, Luna JD, Torres-González F. A successful GP intervention with frequent attenders: randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2007 (in press).
10. Bellón JA. La gestión del tiempo en la consulta (capítulo 10). En: Casajuana J et al. La gestión del día a día en Atención Primaria (2.ª edición). Madrid: Semfyc; 2007. p. 139-52.
11. Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
12. Bruijnzeels MA, Van Der Wouden JC, Foets M, Prins A, Van Den Heuvel WJ. Validity and accuracy of interview and diary data on children's medical utilisation in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(1):65-9.
13. Casajuana J, Bellón JA. Gestión de la consulta en Atención Primaria. En: Martín Zurro A & Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica (5.ª Edición). Barcelona: Elsevier España SA; 2003. p. 84-109.
14. Cornford CS, Morgan M, Ridsdale L. Why do mothers consult when their children cough?. *Fam Pract*. 1993;10(2):193-6.
15. Deveugele M, Derese E, Van de Brink-Muinen A, Bensing J, De Maesneer J. Consultation length: cross sectional study in six European countries. *BMJ*. 2002;352:472-8.
16. Hakanson A. What factor are of importance for infants' use of health and medical care during the first 18 months. *Scand J Prim Health Care*. 1996;14:171-6.
17. Heneghan AM, Mercer M, Deleone NL. Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician?. *Pediatrics*. 2004;113(3 Pt 1):460-7.
18. Horwitz SM, Morgenstern H, Beránan LF. The use of pediatric medical care: A critical review. *Journal of Chronic Disease*. 1985;38:935-45.
19. Janicke DM, Finney JW. Children's primary health care services: social-cognitive factors related to utilization. *J Pediatr Psychol*. 2003;28(8):547-57.
20. Lee GM, Friedman JF, et al. Conceptos erróneos sobre los resfriados y elementos predictivos de la utilización de los servicios sanitarios. *Pediatrics* (Ed esp). 2003;55(2):120-30.
21. Martínez-Cañavate MT. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de Atención Primaria a partir de los factores del profesional y la organización. Tesis doctoral. Universidad de Granada, 2007.
22. Murray M, Berwick DM. Advanced Access. Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003; 289:1035-1040.
23. Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Rivera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria* 2004;33:69-77.
24. Osman LM, Dunt D. Factors influencing mothers' decisions to consult a general practitioner about their children's illnesses. *Br J Gen Pract*. 1995;45(395):310-2.
25. Ostbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JLL. Is there time for management of patients with chronic disease in primary care. *Ann Fam Med*. 2005;3:209-14.
26. Riley AW, Finney JW, Mellits ED, Starfield B, Kidwell S, Quaskey S, Cataldo MF, Filipp L, Shematek JP. Determinants of children's health care use: an investigation of psychosocial factors. *Med Care*. 1993;31(9):767-83.
27. Ruiz R, Parras JM, Alcalá JA, Castro E, Pérula LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*. 2005;36:537-43.
28. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2004;54:171-6.
29. Sánchez FJ, Bellón JA, Castillo R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. *An Esp Pediatr*. 1993;38:423-7.
30. Sánchez FJ, Bellón JA, Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. *Aten Primaria*. 1992;10:91-7.
31. Schectman G, Barnas G, Laud P, Cantwell L, Horton M, Zarling EJ. Prolonging the return visit interval in primary care. *Am J Med*. 2005;118:393-9.
32. Starfield B, Van Den Berg BJ, Steinwachs DM, Katz HP, Horn SD. Variations in utilization of health services by children. *Pediatrics*. 1979;63(4):633-41.
33. Starfield B, Hankin J, Steinwachs D, Horn S, Benson BA, Katz J, Gabriel A. Utilization and morbidity: random or tandem? *Pediatrics*. 1985;75:241-7.
34. Stuart MR, Lieberman III JA. The fifteen minute hour. Applied psychotherapy for the primary care physician (2nd Ed.). Westport, Connecticut: Praeger; 1993.
35. Wilson A & Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002;52:1012-20.