

---

## **Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría\***

---

## **Addressing Frequent Attender in Primary Health Care: An Approach from Theory**

---

## **Abordagem do paciente hiperfrecuentador aos serviços na atenção primária: uma aproximação desde a teoria**

Fecha de recepción: 28-08-11 Fecha de aceptación: 26-04-12

1657-7027(201206)11:22<43:APHSAP>2.0.TX;2-7

Mérida Rosa Rodríguez-López\*\*

---

---

\* Artículo de revisión. Se desarrolló como parte del proyecto de investigación “Influencia de la depresión y la ansiedad en la hiperfrecuentación de servicios de salud en una institución prestadora de servicios de salud de Cali”. El protocolo de este proyecto fue elaborado durante la Maestría en Epidemiología de la autora en la Universidad del Valle y recibió financiación en convocatoria interna de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali, con registro 00003637, para su ejecución en 2012.

\*\* Especialista en Medicina Familiar, médica epidemióloga Comfandi-IPS, docente del departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Pontificia Universidad Javeriana, Cali. Dirección de correspondencia: Calle 18 No. 118-250, Cali, Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud. Correo electrónico: meridar@javerianacali.edu.co

### Resumen

Este artículo hace una revisión de la literatura sobre la hiperfrecuentación de servicios de salud, con el objetivo de analizar la magnitud del problema para el paciente, las familias y el sistema de salud, así como sus posibles factores asociados. Se realizó una búsqueda en revistas nacionales e internacionales para proponer una definición que permita estandarizar criterios para su detección, así como analizar posibles factores que puedan generar o perpetuar dicha conducta en el contexto nacional, con base en el modelo teórico de Aday y Andersen. También se sugieren algunas estrategias de intervención en servicios de baja complejidad. Se propone el uso de percentiles en la definición de los casos y a los trastornos mentales comunes como posibles contribuyentes de este comportamiento en salud. Con este artículo se espera contribuir a la generación de conocimiento del uso de servicios cuando las barreras de acceso han sido superadas.

**Palabras clave autor:** hiperfrecuentación, servicios de salud, modelo teórico, atención primaria de salud.

**Palabras clave descriptor:** Servicios de salud - utilización, atención primaria de la salud, organización y administración.

### Abstract

This article is a literature review on frequent-attenders in health services. The current study objective was to analyze the problem for patients, families and health system and its potential related factors. A search in national and international journals was conducted to find a definition criteria for detection and to analyze the factors that may generate or perpetuate such behavior in the national context, based on the theoretical model of Aday and Andersen. It also suggests some intervention strategies in low-complexity services. We propose the use of percentiles for case definition and common mental disorders as potential contributors to this health behavior. This article hopes to contribute to understanding the use of services when access barriers are overcome.

**Keywords author:** frequent-attenders, health service, theoretical model, primary health care.

**Keywords plus:** Health services – Use, Primary health care, organization and administration.

### Resumo

O artigo faz revisão da literatura acerca da hiperfrequentação dos serviços de saúde, a fim de analisar a magnitude do problema para pacientes, familiares e do sistema de saúde e seus fatores associados possíveis. Procurou-se em revistas nacionais e internacionais visando propor uma definição que permitisse critérios padronizados para detecção, mesmo analisar possíveis fatores que puderem causar ou perpetuar esse tipo de comportamento no contexto nacional, com base no modelo teórico de Aday e Andersen. Sugere, também, algumas estratégias de intervenção nos serviços de baixa complexidade. Propõe-se o uso de percentis nas definições dos casos e transtornos mentais comuns como potenciais contribuintes para este comportamento de saúde. Este artigo pretende contribuir para a geração de conhecimento sobre o uso de serviços onde as barreiras de acesso são superadas.

**Palavras-chave autor:** hiperfrequentação, serviços de saúde, modelo teórico, cuidados de saúde primários.

**Palavras chave descriptor:** Serviços de Saúde – usar, cuidados de saúde primários, atenção primária à saúde - gestão.



## **Introducción**

La hiperfrecuentación de servicios de salud es un comportamiento individual ante una percepción de necesidad de atención en salud que se caracteriza por acudir frecuentemente y por iniciativa propia a las consultas externas y de urgencias de los servicios de salud. Debido al exceso de ayudas diagnósticas, polifarmacia, citas médicas y procedimientos innecesarios que genera, esta conducta es un problema para las familias, los servicios el sistema de salud. Uno de los requerimientos actuales de las empresas prestadoras de servicios es el manejo del paciente hiperfrecuentador o “consultador crónico”, pero no se dispone de lineamientos claros para su abordaje. Por esta razón se realizó una revisión de la literatura nacional e internacional para comprender este problema de salud en términos de magnitud, factores asociados y estrategias de intervención.

La mayoría de los estudios disponibles han sido realizados en contextos diferentes al colombiano. Lo anterior, unido a la ausencia u omisión en las publicaciones del uso de modelos teóricos, son los motivos de este artículo, que tiene el objetivo de analizar los hallazgos encontrados en la literatura acerca de la hiperfrecuentación y sus posibles causas, a la luz del modelo teórico de acceso a servicios de salud de Aday y Andersen, al considerarlo una perspectiva teórica que explica la recurrencia en el uso de servicios y, como resultado, formular posibles estrategias que permitan abordar este problema en el contexto nacional.

Los resultados de esta revisión se presentan en tres secciones: 1) la magnitud y definición del problema, 2) el modelo teórico de Aday y Andersen y los problemas relacionados con la salud mental y 3) los resultados de algunas intervenciones. En todas sus secciones se realizan comentarios y sugerencias

para los servicios de salud y se identifican las brechas en la investigación en el tema a nivel nacional. Al finalizar, se recomiendan algunas estrategias para el abordaje del problema en las instituciones de salud de baja complejidad.

La discusión de este artículo se plantea sobre la base de que al definir a un paciente como hiperfrecuentador, a este se le atribuyen las causas de dicho comportamiento, con independencia de que en el uso de servicios intervengan factores relacionados con la institución y los profesionales. Dado que la definición de paciente hiperfrecuentador puede diferir en los diferentes países, este artículo propone una definición operativa aplicable a cada institución de salud que permitirá compararlas con indicadores de magnitud y gestión del riesgo relacionado con el uso de servicios.

Se analiza cómo el modelo teórico de Aday y Andersen podría facilitar el abordaje de estos pacientes. En este modelo, los trastornos mentales más frecuentes en la atención primaria, como los ansioso-depresivos, podrían comportarse como factores distorsionantes de la percepción de necesidad del uso de servicios, aún más conociendo la alta prevalencia de estos trastornos en el país y el escaso diagnóstico por parte de los médicos en la atención primaria.

El problema que representa la hiperfrecuentación de servicios genera la necesidad de realizar estudios locales en el tema, dadas las características particulares del sistema de salud, a las que se asocian los factores que determinan el acceso, incluyendo las características de los servicios y las diferencias en el uso de estos. Por lo anterior, y dada la escasa investigación en el tema a nivel nacional, se sugiere el desarrollo de estudios que consideren los modelos teóricos, aplicados al contexto de la atención primaria, cuyos

resultados posibiliten el diseño de estrategias institucionales de detección oportuna y atención integral.

### **Metodología**

Para esta investigación se realizó una búsqueda en las bases de datos de Pubmed, Cochrane, Tripdatabase, Ovid y Sciencedirect y en revistas como Scielo, Lilacs, Colombia Medica, con los términos “*frequent-attenders, frequent-consulters, high-users, high-utilizers, high-consulters, health service misuse*” y sus equivalentes en español. Como criterios de búsqueda para la determinación de la magnitud del problema, sus consecuencias, factores asociados y posibles intervenciones, se incluyeron aquellos artículos publicados entre los años 2000 y 2010, para los cuales estuvieran disponibles tanto los resúmenes como los textos completos. Sin embargo, la poca disponibilidad de artículos con los requisitos anteriores condicionó que se extendiera la búsqueda hasta 1995. Además, se consideró que las investigaciones hubieran sido realizadas en servicios de baja complejidad o centros de atención primaria. Se incluyeron en la revisión las publicaciones de estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas con o sin metanálisis. Para analizar el problema de la hiperfrecuentación a la luz de los modelos teóricos y orientar algunas estrategias para su intervención se incluyeron tanto los artículos de revista electrónicas como los capítulos de libros de autores clásicos en el acceso a servicios que estuvieran disponibles tanto de manera electrónica como en las bibliotecas de la Universidad del Valle y varias bibliotecas personales, y no tuvo restricción temporal. Esta búsqueda permitió identificar las brechas en la investigación a nivel nacional que de no resolverse, podrían limitar el abordaje adecuado de la hiperfrecuentación de servicios.

### **Resultados**

En el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSS) (1), en particular en el contexto de la Ley 100, el término “hiperfrecuentador” no existe. Este referente legal incorpora mecanismos para racionalizar la demanda de servicios como son las cuotas moderadoras y los copagos; sin embargo, los hiperfrecuentadores superan estas formas de racionalizar el uso de servicios. De otra parte, el número de consultas a las que el paciente asiste no varía el valor de la unidad de pago por capitación, por lo que la hiperfrecuentación representa una carga económica para el paciente, la familia y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Se ha estimado que el 50% de las consultas médicas corresponden a demanda espontánea y de estas 10% las solicitan los mismos pacientes. Por esta razón, el 80% del tiempo médico se utiliza en la atención de 20% de los pacientes (2-6). Los reportes de estudios internacionales muestran que de 5 a 15% de la población que consulta es hiperfrecuentadora (2-4, 6) y que 15,4-20% continuará siéndolo al menos durante los siguientes 3 años, a los que se les conoce como hiperfrecuentadores persistentes (6). Estos pacientes consumen de 10 a 16% del gasto en salud, debido al exceso de ayudas diagnósticas, polifarmacia, citas médicas y procedimientos innecesarios (1,7) y reciben 7 veces más consultas médicas, 2,5 veces más prescripciones, en particular de medicamentos psicotrópicos como los antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y analgésicos (7-9). Por ende, estos pacientes tienen una mayor probabilidad de interacciones medicamentosas y eventos adversos.

Adicionalmente, 35% de los hiperfrecuentadores usan simultáneamente servicios de salud de nivel primario y secundario (2, 10-11). En la atención de urgencias 4% de los



pacientes consumen 18% de estos servicios y generan 5 veces más hospitalizaciones (10). Lo anterior condiciona una carga laboral del médico y afecta de manera directa la oportunidad en la atención. Además, se ha estimado que 83% de los enfermos dejan de trabajar por asuntos relacionados con la salud y el paciente deja de aportar al proceso productivo de la sociedad, a lo que se suman las horas de los acompañantes, duplicándose los tiempos de improductividad. Los hiperfrecuentadores de servicios de salud reciben 3,2 veces más licencias por enfermedad o pensión por invalidez y el riesgo de recibir las aumenta 110% por cada evento vital estresante al que esté sometido el paciente (3, 12).

La mayoría de los estudios han tenido lugar en países desarrollados. Para esta revisión no se encontraron estudios publicados que den cuenta de la prevalencia en de los hiperfrecuentadores a nivel nacional, ni tampoco la magnitud del impacto biopsicosocial ni económico en el paciente, la familia y el sistema de salud. Tampoco se encontraron estudios sobre sus factores asociados. No se conoce si existen diferencias por regímenes de aseguramiento o por tipo de afiliación.

## 1. Definición del paciente hiperfrecuentador

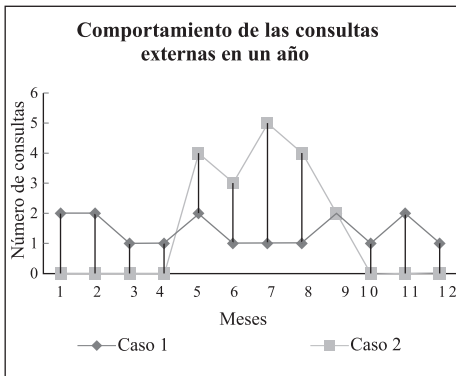
Conceptualmente, la hiperfrecuentación de servicios de salud es un comportamiento individual ante una percepción de necesidad de atención en salud que se caracteriza por acudir con frecuencia y por iniciativa propia a las consultas externas o de urgencias de los servicios de salud (1-3). De la definición se excluyen aquellas consultas que son inducidas por el médico o por la institución, como son las consultas de programas institucionales, citas de enfermería, procedimientos médicos o trámites administrativos.

Desde el punto de vista operativo, existen diferencias entre los distintos estudios en el punto crítico a partir del cual considerar a un paciente como hiperfrecuentador, por lo que no hay acuerdo en la definición operativa. La mayoría tiene en cuenta la distribución de frecuencias de consultas en un periodo de un año de observación en una población determinada, y solo algunos toman un número arbitrario (1-3, 5, 6, 9). El periodo de observación dentro del que se establece el número de contactos con la institución de salud varía de 2 a 48 meses, aunque el 74% de las publicaciones utilizan 12 meses como referencia (12).

Algunos autores consideran hiperfrecuentadores a aquellos cuyo número de consultas está por encima del cuartil superior de la distribución de consultas en un periodo de tiempo, mientras otros consideran a aquellos ubicados por encima del decil superior (1, 3, 12-14). Solo 23% de los artículos publicados tienen en consideración el efecto confusor de la edad y el sexo (lo que suele condicionar un sobredimensionamiento de los ancianos y de sexo femenino). Algunos ajustan la determinación del valor crítico para el hiperfrecuentador por grupos etarios, al categorizar la edad usualmente de la siguiente forma: 15-30; 31-45; 46-60; 61 años y más (2, 4, 12).

Se debe considerar que incluso dentro del mismo periodo de tiempo el comportamiento puede ser desigual, dado que en un mes el paciente puede cumplir la definición cuantitativa y al mes siguiente dejar de hacerlo (ver gráfico 1). Para poder comparar el comportamiento entre las diferentes instituciones es importante desarrollar una definición operativa común en el contexto colombiano, e incluso para evaluar el impacto de intervenciones dirigidas a fomentar el uso racional de los servicios.

**GRAFICO 1. DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO SEGÚN EL CONTEO DE LAS CONSULTAS EXTERNAS EN UN PERIODO DE TIEMPO**



Fuente: elaboración propia

## Aproximación desde los modelos teóricos

Desde el punto de vista teórico, la hiperfrecuentación de servicios es un comportamiento en salud en el cual el paciente hace un uso mayor de lo esperado de los servicios (1-3,5-12). La discusión de este artículo considera que aun cuando el uso de servicios responde a los factores del paciente, los factores del prestador (medico u otro profesional) y los de la institución, la propia definición de paciente hiperfrecuentador focaliza la atención específicamente sobre los factores del paciente. En el contexto nacional se les denomina: policonsultador, hiperconsultador, consultador frecuente o consultador crónico. El paradigma dominante para abordar la utilización de servicios de salud es el cuantitativo (15), midiéndose de manera objetiva como el episodio o evento en que el acceso tiene lugar; por esta razón, la hiperfrecuentación ha sido enmarcada en los modelos de acceso a servicios, que consideran el conjunto de acontecimientos desde el momento que surge la necesidad hasta el momento que se inicia o continúa la atención médica (15,16).

condiciones que lo facilitan o impiden, donde se incluyen todos los servicios de salud y la calidad de estos, mas allá de la consulta médica. Accesibilidad, por su parte, es el grado de ajuste entre las características de los servicios y las necesidades de la población. De hecho, Donabedian la define como las condiciones que facilitan que la atención se inicie y se mantenga (17), mientras que la utilización con sus dos componentes: inicio y continuación, representa el consumo real de los servicios (17-18). Los problemas de investigación más estudiados en acceso a servicios han tenido que ver con las barreras de acceso (19-22), como la que es producto de la inequidad o aquella determinado por la escasa disponibilidad; sin embargo, en el caso de los pacientes hiperfrecuentadores de servicios de baja complejidad, donde el uso suele medirse por el número de consultas externas realizadas por médico general, las barreras de acceso han sido superadas.

Solo es posible entender los determinantes de la utilización de servicios desde la multi-causalidad, pero no hay un modelo que lo explique completamente (16, 23-25), aunque la mayoría de los estudios de investigación revisados no dan cuenta de los modelos teóricos empleados en su diseño. Para la comprensión de los problemas en cada institución se deben explorar variables relacionadas con los participantes en dicho proceso: el otorgante, el paciente y el medio social, político, familiar e institucional. Se considera que el proceso de atención medica "tiene el carácter de ser circular y dinámico que termina cuando la necesidad inicial se alivia, se neutraliza o se exacerba" (16), generándose en este último caso una nueva necesidad (rasgo distintivo de la hiperfrecuentación).

### 1. El modelo de Aday y Andersen

La retroalimentación de la experiencia del uso es un componente del modelo teórico de



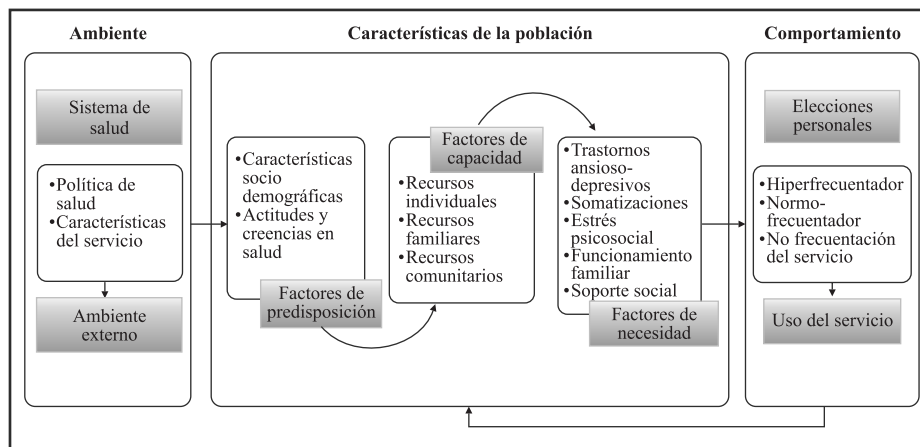
Aday y Andersen (26), fundamental para este problema. Esta retroalimentación está implícita, según Frenk, en el dominio amplio de la explicación del uso de servicios, que incluye además el deseo de la atención que genera la búsqueda de esta. Este modelo podría ser útil para comprender las dinámicas del paciente hiperfrecuentador, al dar cuenta de cómo la percepción de necesidad genera el deseo de la atención y cómo la no satisfacción de la necesidad inicial puede perpetuar el ciclo de atención (15, 20, 26).

El modelo teórico de Aday y Andersen propone que los factores del ambiente externo al paciente relacionados con el sistema de salud y sus políticas, coberturas de aseguramiento, costos y calidad de los servicios tienen un papel fundamental en el uso de estos últimos. Si consideramos cualquiera de las definiciones operativas de la hiperfrecuentación en el contexto del SGSS, y que usualmente los pacientes son atendidos en una misma institución (en particular en el nivel de baja complejidad), estos factores serían comunes a normofrecuentadores e hiperfrecuentadores, por lo que podríamos encontrarnos con un “emparejamiento” en la oportunidad, demanda, disponibilidad y

características de los servicios. Por lo anterior, este ambiente externo al paciente no debería explicar todas las diferencias en la decisión de usar los servicios por los pacientes de una misma institución en la atención primaria.

El sustrato que posibilita este modelo relaciona atributos individuales agrupados en 3 grandes factores: los predisponentes, los capacitantes y los de necesidad (ver gráfico 2). La interacción entre estos factores en el contexto social condiciona la toma de decisiones para el comportamiento (hiperfrecuentar o no) ante la percepción de salud o de enfermedad. Una vez establecido el contacto con el sistema de salud en los servicios, el paciente tiene una percepción de los factores que dieron origen a la necesidad, y de esta percepción se pueden generar nuevas necesidades (26). De esta forma queda establecida la experiencia de uso en términos de conveniencia, costo, comportamiento del médico ante el problema de salud y la calidad de la atención percibida, cuyo balance resulta en la satisfacción del servicio prestado y con ello esta satisfacción podría influir en la continuidad (o no) del uso mediante nuevos episodios de consulta (25-29).

**GRAFICO 2. PROPUESTA DE UN MARCO TEÓRICO PARA LA APROXIMACIÓN DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR BASADO EN EL MODELO DE ADAY Y ANDERSEN**



Fuente: elaboración propia



Los factores de predisposición son condiciones del paciente previas a la ocurrencia del problema de salud y que propician su desarrollo. Incluye características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil y composición familiar, así como las actitudes y creencias en salud. Por su parte, la percepción de los síntomas y causas asociadas puede variar significativamente entre las culturas de los diferentes países (2,5, 22, 30-32) y entre las diferentes regiones del país; de hecho, muchas culturas practican el ejercicio de dar salud de maneras diferentes. Así mismo, en zonas urbanas cada vez se hacen mayores las ofertas y demandas de servicios de medicinas biológicas, tradicionales, así como la automedicación, por lo que sería necesario el desarrollo de estudios locales que consideren dichas diferencias.

Los factores de capacidad tienen en cuenta el promedio de las capacidades financieras y organizacionales para el uso de servicios. Estos factores de capacidad incluyen los recursos individuales, familiares y comunitarios (29). Con base en la teoría del capital humano se infiere que las personas con mayores capacidades como productoras también tienen mayores capacidades : de invertir en el cuidado de la salud; sin embargo, es posible que en medio SGSS estas personas con mayores recursos acudan a servicios de segundo y tercer nivel y no a los servicios de atención primaria. Este sería un punto que considerar ya que un paciente con atención por medicina prepagada y afiliación al régimen contributivo puede ser hiperfrecuentador para el sistema, pero no para la institución.

Los hiperfrecuentadores usualmente provienen de familias disfuncionales y se ha demostrado que los eventos que generan crisis familiares como el nido vacío, conflictos con la pareja, la viudez y la violencia intrafamiliar se asocian a la hiperfrecuentación (3, 30-31, 33-35). Algunos de estos eventos podrían,

además de ser un factor de predisposición al uso, contribuir a los factores de capacidad, pero predominan los primeros sobre los segundos al momento de decidir el uso de los servicios. Desafortunadamente, muchas veces los signos de disfuncionalidad familiar pasan desapercibidos para los servicios de salud que focalizan el diagnóstico al síntoma físico y a una causa directamente biológica.

Por su parte, los factores de necesidad se basan en el axioma de la psicología social que plantea que la percepción y la acción requieren una motivación (36). Se considera que las necesidades parten de los daños en la salud y no solamente de la enfermedad (14, 28, 29, 37). Por esta razón, pueden existir diferencias entre la percibida por el otorgante (médico), que parte de la enfermedad, y la percibida por el que recibe (paciente), que parte del daño a la salud. De la percepción individual se genera un estado en el que intervienen la percepción de la severidad de los síntomas, la susceptibilidad individual, las experiencias previas, el sistema no profesional y profesional de referencias y el grado de discapacidad.

## 2. El componente mental como factor de necesidad

El paciente hace un balance de los beneficios que le puede traer la utilización de un servicio efectivo y las dificultades para alcanzarlo. Entonces, toma la decisión de buscar o no la atención (23). Se ha documentado la relación de los trastornos mentales con la sobreutilización de los servicios, lo que es plausible sobre la base de la alteración de la percepción de necesidad. Sin embargo, el abordaje de la salud mental pocas veces es considerado en los servicios. De hecho, los médicos solamente detectan el 39% de las depresiones, tratan farmacológicamente el 22% de estas y solo 1 de cada 4 médicos de





atención primaria refiere estar preparado para atender pacientes con trastornos mentales (38-39).

El modelo de Mechanic (24) se ha utilizado en pacientes con trastornos mentales y plantea que la conducta es aprendida social y culturalmente. Este modelo utiliza como predictor de la utilización de los servicios el *distress* psicológico, que incluye las sensaciones corporales, el estrés social y las orientaciones cognitivas. Se considera que los aspectos emocionales subyacentes pueden tener mayor peso para explicar el uso de servicios que el mismo conocimiento de salud. Si una persona tiene un gran componente ansioso o depresivo, puede llegar a perder la capacidad de reflexionar con objetividad y actuar racionalmente ante un problema (40, 41). Lo anterior soporta la distorsión de la necesidad en el modelo de Aday y Andersen. De otra parte, es posible la causalidad inversa entre estos trastornos y la hiperfrecuentación de servicios, ya que al modificar la percepción de necesidad, el paciente busca la atención, pero si esta no es satisfecha, surgen nuevas demandas, lo que a la vez genera un estado de susceptibilidad que condiciona la generación o perpetuación de estados ansiosos-depresivos; por tanto, estos trastornos siempre deberían ser evaluados en la atención de estos pacientes.

Un diagnóstico asociado de manera frecuente con la hiperfrecuentación es el trastorno de somatización, dado que usualmente los pacientes somatizadores son utilizadores frecuentes de los servicios de salud (42). Pero mientras uno es un trastorno biomédico con bases psicosociales, el otro es un comportamiento ante una percepción de necesidad. (43-46). La prevalencia de síntomas físicos en hiperfrecuentadores es de 40 a 50% más alta que en normofrecuentadores (OR ajustado = 1,8 IC 95%: 1,3-2,5).

Las molestias más frecuentes en hiperfrecuentadores son dolores osteoarticulares (más de 70%), cefalea o migrañas (más de 60%) y problemas circulatorios (más de 40%) (2, 7, 9), algunos de los cuales pueden ser expresiones de síntomas somáticos. Un estudio en Estados Unidos demostró la prevalencia en hiperfrecuentadores de estrés de 51%, depresión mayor 24%, ansiedad generalizada 22% y trastornos de somatización 20% (35). En cuanto a medidas de asociación se ha encontrado que la oportunidad de hiperfrecuentar cuando se tiene algún trastorno mental es 3,1 veces la oportunidad de hacerlo en ausencia de dichos trastornos (IC 95%: 2,4-3,9) ajustado por covariables (12). No se conoce el comportamiento en nuestro medio de las asociaciones de la hiperfrecuentación con los trastornos mentales comunes, particularmente con la ansiedad y la depresión. En España algunos estudios han utilizados modelos logísticos que explican entre 40 y 50% de la hiperfrecuentación (41, 47). No se encontraron en la literatura modelos fiables que permitan predecir este comportamiento y de esa manera proponer intervenciones preventivas; no obstante, un estudio propuso la división de estos pacientes en cinco grupos: con enfermedades somáticas, con enfermedades psiquiátricas, somatizadores crónicos, con múltiples problemas de salud y aquellos con crisis temporales (9).

Según el Estudio Nacional de Salud Mental 2003 (48), la prevalencia de vida de los trastornos de ansiedad en población general es 19,3% y los trastornos del afecto 15%; Las prevalencias en el último años son 11,7 y 6,9% respectivamente. Esta elevada prevalencia, unida al subregistro por parte del médico y del paciente, (solamente un 30% de los pacientes reportan el estrés y los trastornos afectivos durante la consulta médica) (7), así como los tiempos de consulta reducidos sin diferenciar por necesidad, podrían con-

tribuir a la hiperfrecuentación de servicios en nuestro medio.

### **Intervenciones posibles**

En cuanto a las intervenciones en el paciente hiperfrecuentador, la relación médico-paciente es clave tanto para la identificación de los factores relacionados como para su abordaje (49-52). Existen algunas experiencias poco documentadas de tratamiento a las comorbilidades, pero los resultados en cuanto al impacto en el sobreuso de consultas son contradictorios (53,54). Dos revisiones sistemáticas mostraron que en casos con depresión mayor, las intervenciones de salud mental son efectivas en los síntomas con pequeñas disminuciones no significativas en el número de consultas (53); solamente un estudio reportó una disminución al año posterior de la intervención, pero no describe como se realizó esta (56). La acupuntura para los casos con síntomas médicos inexplicados parece mejorar la calidad de vida, pero no el uso de servicios (57). En Colombia se conocen algunas experiencias aisladas de intervención de estos pacientes, pero no se encontró en esta revisión la documentación de estas ni de sus resultados.

En esta evaluación del impacto en el uso de servicios se debe contemplar el efecto de recibir atenciones adicionales generadas por la misma intervención y, para evaluar el impacto, es preciso al menos el mismo periodo de tiempo posterior a la intervención que el periodo que define a un paciente como hiperfrecuentador. Bajo la perspectiva del modelo teórico se necesitarían más estudios en pacientes con trastornos mentales, en particular para aquellos con trastornos ansiosos depresivos por su alta frecuencia en nuestro medio (48), que no sean el resultado de análisis de subgrupos donde la afectación del poder estadístico puede limitar el uso de los resultados.

### **A modo de conclusión y recomendaciones generales**

A pesar de la necesidad de abordar el problema del paciente hiperfrecuentador en Colombia, esta revisión mostró las brechas en la investigación que existen en nuestro contexto en la identificación de la magnitud e impacto para los pacientes, sus familias y para las instituciones de baja complejidad, así como en la documentación de estrategias de intervención que respondan a los factores que perpetúan del uso de servicios. Problemas administrativos como la falta de oportunidad o acudir a citas para renovación de formulas, son factores relacionados con el uso y calidad de los servicios que influyen en la hiperfrecuentación; sin embargo, podría pensarse que la respuesta individual frente a los problemas sociales y a la carga de los problemas mentales en nuestro medio, así como la escasa detección y tratamiento (incluyendo el no farmacológico de los mismos), podría condicionar este comportamiento de salud. Es necesario estandarizar la definición operativa del paciente hiperfrecuentador, al efecto de evitar diferencias en la clasificación del paciente, de manera que puedan intervenir y monitorear los indicadores de resultado de cada institución. Utilizar el decil superior podría ser útil, en términos de aumentar la especificidad en la detección, como estrategia inicial, sobre todo en aquellas con pocos profesionales entrenados para el abordaje integral (estrategia de contención) y podría ser el punto de comparación entre las instituciones (utilizar percentiles más allá de un número exacto de consultas. Analizar puntos de cortes inferiores podría contribuir a prevenir nuevos casos, si se cuenta con los recursos suficientes para el abordaje en los servicios.

Asumiendo los supuestos del modelo teórico de Aday y Andersen, y el posible papel de los trastornos mentales comunes como distorsionantes de la percepción de necesidad,



los resultados de los estudios revisados y la alta prevalencia de estos trastornos en la población colombiana (48), así como el escaso diagnóstico o el subregistro en nuestro medio la hiperfrecuentación puede ser una razón adicional para detectar e intervenir los trastornos mentales más frecuentes en este nivel de complejidad, en particular de los trastornos ansiosos-depresivos (48).

Una vez identificados los casos, una apreciación adicional podría ser la revisión de los registros de la historia clínica en los últimos meses, de modo que sea posible: 1) identificar que el paciente aún sigue siendo hiperfrecuentador y evitar programar citas a pacientes que han dejado de serlo; 2) confirmar que no existen causas aparentes externas al paciente generadoras del uso del servicio; 3) conocer los antecedentes del paciente que puedan orientar y optimizar el tiempo de la consulta. Entrenar a los profesionales en la detección y manejo médico de los trastornos más frecuentes, de modo que dimensionen y prioricen con enfoque biopsicosocial la complejidad de las variables que intervienen en el uso de servicios, más allá de la morbilidad atendida junto a los equipos interdisciplinarios de atención con psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales, podría contribuir a un mejor manejo de estos pacientes.

En ese orden de ideas, también sería necesaria la adopción de instrumentos que de manera fácil permitan evaluar factores como el funcionamiento familiar (58), la tamización y diagnóstico de trastornos ansioso-depresivos (59-63), la evaluación de la calidad de vida (64) y el soporte social (65), incluir la evaluación de la satisfacción del servicio podría predecir pacientes o servicios de alto riesgo para la hiperfrecuentación; sin embargo, se necesitaría el diseño de encuestas basadas en los modelos teóricos que tengan una mejor capacidad de predicción.

En conclusión, según el modelo teórico de Aday y Andersen, los factores que influyen el uso de servicios de consultas externas en el contexto del sistema de salud colombiano podrían estar asociados a las instituciones o a los pacientes y su entorno familiar y social. Existen reportes en otros países de la alta prevalencia en hiperfrecuentadores de los trastornos ansiosos-depresivos y el modelo teórico sustenta la relación entre estos y el uso de servicios. Es por esto que se postula que en nuestro medio las altas prevalencias de estos trastornos podrían contribuir al uso de servicios e incluso a superar las barreras de acceso; sin embargo, esta hipótesis debe ser probada con estudios observacionales. Solo al comprender los factores presentes en el paciente hiperfrecuentador y las dinámicas que perpetúan el ciclo de atención es que podrían diseñarse intervenciones adecuadas para este comportamiento en salud.

## Referencias bibliográficas

1. Tafur LA. La salud en el sistema general de seguridad social en Colombia. Segunda edición. 2001. Cali: Centro Editorial Catorce; 2001.
2. Vedsted P, Christensen MB. Frequent Attenders in General Practice Care: A Literature Review with Special Reference to Methodological Considerations. *Public Health*. 2005; 119 (2): 118-37.
3. Hughes G. The Inappropriate Attender. *Emergency Medicine Journal*. 2008; 25 (8): 468.
4. Gill D, Sharpe M. Frequent Consulters in General Practice: A Systematic Review of Studies of Prevalence, Associations and Outcome. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999; 47 (2): 115-30.
5. Bergh H, Baigi A, Månsson J, Mattsson B, Marklund B. Predictive Factors for Long-Term Sick Leave and Disability Pension among Frequent and Normal Attenders in Primary Health Care over 5 Years. *Public Health*. 2007; 121 (1): 25-33.
6. Smits F, Brouwer HJ, van Weert HCP, Schene AH, Ter Riet G. Predictability of Persistent Frequent Attendance: A Historic 3-Year Cohort Study. *British Journal of General Practice*. 2009 Feb; 59 (559): 114-19.
7. Sherbourne CD, Asch SM, Shugarman LR, Goebel JR, Lanto AB, Rubenstein LV, et ál. Early Identification of Co-Occurring Pain, Depression and

- Anxiety. *Journal of General Internal Medicine*. 2009 May; 24 (5): 620-25.
8. Bass C, Bond A, Gill D, Sharpe M. Frequent Attenders without Organic Disease in a Gastroenterology Clinic: Patient Characteristics and Health Care Use. *General Hospital Psychiatry*. 1999; 21 (1): 30-38.
  9. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent Attender Profiles: Different Clinical Subgroups among Frequent Attender Patients in Primary Care. *Journal of Psychosomatic Research*. 1997; 42 (2): 157-66.
  10. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent Use of the Hospital Emergency Department is Indicative of High Use of Other Health Care Services. *Annals of Emergency Medicine*. 2001; 37 (6): 561-67.
  11. Williams ERL, Guthrie E, Mackway-Jones K, James M, Tomenson B, Eastham J, et ál. Psychiatric Status, Somatisation, and Health Care Utilization of Frequent Attenders at the Emergency Department: A Comparison with Routine Attenders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50 (3): 161-67.
  12. Vedsted P, Fink P, Sørensen HTHT, Olesen F. Physical, Mental and Social Factors Associated with Frequent Attendance in Danish General Practice. A Population-Based Cross-Sectional Study. *Social Science & Medicine*. 2004; 59 (4): 813-23.
  13. Body Rsho. The Recurrent Attender with a Difference. *BMJ*. 2004; 328 (7455): 1554.
  14. Smucker D et ál. A Framework for Understanding Visits by Frequent Attenders in Family Practice. *Journal of Family Practice*. 2001; 50 (10): 847-52.
  15. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos Saude Publica* 2001; 17 (4): 819-32.
  16. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud. Revisión y análisis. *Revista de Salud Pública de México*. 1992; 34 (1): 36-49.
  17. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública México*. 1995; 29 (5): 438- 56.
  18. Donabedian A. Aspectos relacionados con la atención médica. 1ª edición en español. México: Fondo de Cultura Económica; 1987, pp. 4-38.
  19. Andersen R, et ál. Exploring Dimensions of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 1983. Spring; 18(1): 49-74.
  20. Anderson JG. Health Services Utilization: Framework and Review. *Health Services Research*. 1973. Fall; 8(3): 184-99.
  21. Aday LA, et ál. *Health Care in the U.S.: Equitable for Whom?* Beverly Hills: Sage Publications; 1980.
  22. Aday LA, Andersen R. Equity of Access to Medical Care: A conceptual and Empirical Overview. *Medical Care*. 1981 Dec.; 19 (Suppl.): 4-27.
  23. Rosenstock I. Por qué la gente utiliza los servicios de salud. En: White K, editores. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS; 1992, pp. 405-24.
  24. Mechanic D. Social Dimensions of Illness Behavior. *Soc Sci Med*. 1995: 1207-21.
  25. Hulka B, et ál. Correlates of Satisfaction and Dissatisfaction with Medical Care: A Community Perspective. *Medical Care*. 1975 Aug; 13: 648-58.
  26. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. 1974; 9: 208-20.
  27. Roghmann KJ, et ál. Satisfaction with Medical Care: Its Measurement and Relation to Utilization. *Medical Care*; 1979 May; 17: 461-79.
  28. Lewin KA. *Dynamic Theory of Personality*. Londres: McGraw-Hill; 1935.
  29. Andersen R, Aday LA. Access to Medical Care in the US: Realized and Potential. *Medical Care*. 1978 Jul; 16: 533-46.
  30. Body R. The Recurrent Attender with a Difference. *BMJ*. 2004; 328 (7455): 1554.
  31. Vedsted P, Christensen MB, Sorensen HT, Fink P, Olesen F. Special Status Consultation for Frequent Attenders. Who Are the Candidates? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24 (1): 53-57.
  32. Bergh H, Baigi A, Fridlund B, Marklund B. Life Events, Social Support and Sense of Coherence among Frequent Attenders in Primary Health Care. *Public Health*. 2006; 120 (3): 229-36.
  33. Reid S, Wessely S, Crayford TIM, Hotopf M. Frequent Attenders with Medically Unexplained Symptoms: Service Use and Costs in Secondary Care. *British Journal of Psychiatry* March. 2002; 180: 248-53.
  34. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Psychiatric Morbidity among Frequent Attender Patients in Primary Care. *General Hospital Psychiatry*. 1995; 17 (1): 19-25.
  35. Matalon A, Yaphe J, Nahmani T, Portuguese-Chitrit N, Maoz B. The Effect of a Multi-Disciplinary Integrative Intervention on Health Status and General Health Perception in Primary Care Frequent Attenders. *Families, Systems & Health*. 2009; 27 (1): 77-84.
  36. Elliott GR, Eisdorfer C. *Stress and Human Health*. New York: Springer Publishing Company; 1982.
  37. Sawyer D. Normative Conflict and Physician Use: A Latent Structure Approach. *Journal of Health and Social Behavior*. 1980 Jun; 21: 156-69.
  38. Spurgeon P, Hicks C., Barwell F, Walton H, Spurgeon T. Counseling in Primary Care: A Study of the Psychological Impact and Cost Benefits for Four Chronic Conditions. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*. 2005; 7 (4): 269-90.
  39. Hales, Robert E. *Tratado de psiquiatría clínica*. 4ª ed. Ed. Masson Elsevier; 2004.



40. Bellón JA, Fernández-Asensio ME. Emotional Profile of Physicians who Interview Frequent Attenders. *Patient Education and Counseling*. 2002; 48 (1): 33-41.
41. Bellón JA, Delgado-Sánchez A, de Dios Luna J, et ál. Patient Psychosocial Factors and Primary Care Consultation: A Cohort Study. *Fam Pract*. 2007; 24: 562-69.
42. Jyväsjärvi S, Joukamaa M, Väisänen E, Larivaara P, Kivelä S-L, Keinänen-Kiukaanniemi S. Somatizing Frequent Attenders in Primary Health Care. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50 (4): 185-92.
43. Bowell C, First M, Tasman A. *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. 2a ed. Wiley; 2009.
44. Rincón HG. Trastornos somatomorfos y facticios. En: Tirado J., Rincon-Hoyos H, editores. *Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p. 112-23.
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992. p. 199.
46. Uribe M, Gómez C. Conceptualización e historia de la psiquiatría de enlace y la medicina psicosomática. En: Tirado J., Rincon-Hoyos H, editores. *Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas; 2010. p.1-12
47. Bolaños-Carmona V, Ocaña-Riola R, Prados-Torres A, et ál. Variations in Health Services Utilization by Primary Care Patients. *Health Serv Manag Res*. 2002; 15: 116-25.
48. Colombia, Ministerio de la Protección Social. *Tercer estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia 2003*. Ministerio de la Protección Social, FES, editores. Cali; Dic. 2005.
49. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos Saude Publica* 2001; 17 (4): 819-32.
50. Rodríguez MR, Rincón HG, Velásquez JD. Evaluación psicosocial en medicina psicosomática. En: Tirado J., Rincon-Hoyos H, editores. *Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p. 20-30.
51. Velásquez JD. Trastornos depresivos. En: Tirado J., Rincon-Hoyos H, editores. *Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p. 53-67.
52. Macías GE. Trastornos de ansiedad. En: Tirado J., Rincon-Hoyos H, editores. *Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p. 41-53.
53. Smits FT, Wittkampf1 KA, Schene AH, Bindels PJ, Van Weert HC. Interventions on Frequent Attenders in Primary Care. *A Systematic Literature Review*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2008; 26: 111-16.
54. Adam P, Brandenburg DL, Bremer KL, Nordstrom DL. Effects of Team Care of Frequent Attenders on Patients and Physicians. *Families, Systems & Health*. 2010 Sep; 28 (3): 247-57.
55. Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os T, Van Marwijk H., Leentjens A. Effect of Psychiatric Consultation Models in Primary Care. *A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials*. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010 June; 68 (6): 521-33.
56. Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, Luna J, Torres-González F. Successful GP Intervention with Frequent Attenders in Primary Care: Randomized Controlled Trial. *British Journal of General Practice*. 2008 May.
57. Paterson C, Taylor RS, Griffiths P, Britten N, Rugg S, Bridges J, McCallum B, Kite G. Acupuncture for "Frequent Attenders" with Medically Unexplained Symptoms: A Randomized Controlled Trial (Cactus Study). *Br J Gen Pract*. 2011 Jun; 61 (587): 295-05.
58. Bellon JA, Sanchez A, del Castillo J, Claret L. Validez y fiabilidad del Cuestionario de Función Familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*. 1996;18 (6):289-96
59. Baca E, Saiz J, Aguera L, Caballero L, Fernandez-Liria A, Ramos J, et ál. Validation of the Spanish Version of Prime-MD: A Procedure for Diagnosing Mental Disorders In Primary Care. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999 Nov; 27 (6): 375-83.
60. Mata S, González A, Lavie R, Resler G. Validation of the Prime-MD for the Detection of Generalized Anxiety Disorder. *Invest Clin*. 2008 Mar; 49 (1): 39-48.
61. Aranda MP, Lee PJ, Wilson S. Correlates of Depression in Older Latinos. *Home Health Care Serv Q*. 2001; 20 (1):1-20.
62. Martínez BR, Baylin LA, Ortiz Jiménez MF. Can we Detect Mental Disorders in Primary Care? Usefulness and Agreement of 2 Diagnostic Instruments. *Aten Primaria*. 1999 Mar 31; 23 (5): 285-88.
63. Reuland DS, Cherrington A, Watkins GS, Bradford DW, Blanco RA, Gaynes BN. Diagnostic Accuracy of Spanish Language Depression-Screening Instruments. *Ann Fam Med*. 2009 Sep; 7 (5): 455-62.
64. Rebollo P. Utilización del «grupo SF» de los cuestionarios de calidad de vida (SF-36, SF-12 y SF-6D) en el marco de ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual. *Medicina Clínica*. 2008; 130 (19): 740-41.
65. Bellón JA, Sánchez A, del Castillo J, Claret L. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*. 1996; 18 (4): 153-56.