



ORIGINALES

# Consultas por terceras personas en medicina general

A. López-Miras<sup>a</sup>, R. Pastor Sánchez<sup>b</sup>, M. Pérez Fernández<sup>c</sup> y J. Gérvas<sup>d</sup>

Equipo CESCA

**Objetivo.** Cuantificar y describir las consultas a través de terceros en medicina general.  
**Diseño.** Estudio descriptivo prospectivo.  
**Emplazamiento.** Tres consultas de Medicina General del Área Sanitaria IV del INSALUD de Madrid.  
**Participantes.** Todas las consultas realizadas por terceras personas desde el 15 de febrero de 1993 hasta completar 200 casos por médico.  
**Intervención y resultados principales.** Se registraron los datos del paciente, de la tercera persona y del encuentro, de un total de 603 consultas por terceras personas. Este tipo de visitas supuso un 18% del total en las tres consultas. Más de la mitad de tales consultas no estuvieron clínicamente justificadas, según el criterio del médico que las atendió. La consulta se realizó fundamentalmente para conseguir recetas (76%), y partes de incapacidad laboral transitoria (9,6%) y derivación a especialistas (8,9%). La tercera persona suele ser mujer (62%) y cónyuge o madre del paciente (45 y 28%, respectivamente).  
**Conclusiones.** Las visitas por tercera persona, en las tres consultas estudiadas de Medicina General del modelo tradicional, son frecuentes y clínicamente injustificadas en más de la mitad de los casos. Estas consultas se deben fundamentalmente a dificultades en la accesibilidad a los servicios de atención primaria. La prolongación del horario de la consulta a demanda del médico general podría disminuir esta alta incidencia.

**Palabras clave:** Anciano; Asistencia ambulatoria; Asistencia sanitaria; Demanda asistencial; Familia

## CONSULTATIONS WITH THIRD PARTIES

**Objective.** To quantify and describe consultations carried out with third parties in General Medicine.  
**Design.** Prospective and descriptive study.  
**Setting** Three General Medical consulting rooms in INSALUD's Health Area IV, Madrid.  
**Participants.** All those consultations carried out with third parties from 15 February 1993 until 200 cases per doctor had been reached.  
**Intervention and main results.** The data of the patient, the third party and the meeting were recorded for a total of 603 consultations using a third party. These consultations made up 18% of the total number at the three consulting rooms. According to the criterion of the doctor involved, more than half of these consultations were not clinically justified. People attended fundamentally to obtain prescriptions (76%), notes for short periods of time off work (9.6%) and referral to specialists (8.9%). The third party was usually a woman (62%) and spouse or mother of the patient (45 and 28%, respectively).  
**Conclusions.** In the three General Medical consulting rooms studied, which were organised on the traditional model, third-party consultations are common and clinically unjustified in more than half the instances. These consultations are due fundamentally to difficulties of access to Primary Care services. Increasing the General Practitioner's availability for ondemand consultations could lessen this high incidence of third-party consultations.

<sup>a</sup>Médico General. Consultorio Andorra. Área IV del INSALUD. Madrid.

<sup>b</sup>Médico General. Consultorio San Francisco de Paula. Área IV del INSALUD. Madrid.

<sup>c</sup>Médico General. Centro de Salud Castillo de Uclés. Área IV del INSALUD. Madrid.

<sup>d</sup>Médico General. Equipo CESCA.

Dirección para la correspondencia: Dr. López-Miras.  
Equipo CESCA. General Moscardó, 7. 28020 Madrid.

Manuscrito aceptado para su publicación el 12-I-94.

## Introducción

Las consultas de los pacientes pueden ser directas o indirectas. Es decir, los pacientes pueden consultar a su médico general a través de una entrevista personal (consulta directa) o a través de una tercera persona, por carta o por otro medio interpuesto (consulta indirecta)<sup>1</sup>. Las consultas indirectas han sido poco estudiadas<sup>2</sup>, sobre todo las realizadas a través de una tercera persona, por lo que carecemos de una idea acerca de su frecuencia y de sus características. La consulta, la entrevista personal médico-paciente, es el núcleo central de la medicina general<sup>3</sup>. En las consultas indirectas falta la relación personal, que se establece a través de un tercero. En general ello limita la atención que se presta y, quizás, disminuye la calidad del acto médico. El paciente está físicamente alejado del médico, lo que impide, por ejemplo, la exploración. Además, la relación de agencia (de defensa del mejor interés del paciente por parte del médico) se complica, pues hay una tercera persona interpuesta. En este trabajo se cuantifican y describen las consultas a terceros en medicina general.

## Pacientes y métodos

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 3 consultas de medicina general (ALM, RPS y MPF), del modelo tradicional, del Área Sanitaria n.º IV del INSALUD de Madrid (zona noreste). Los médicos tenían distinto horario de consulta y sus cupos se localizaban en zonas socialmente muy diferentes. Se estudiaron las consultas realizadas a través de terceros. Estas consultas se engloban dentro de las «consultas indirectas», definidas, según la WONCA, como «aquellas en las que no hay presencia física del paciente»<sup>1</sup>. El protocolo de recogida de datos y los criterios de inclusión y exclusión se en-

sayaron antes de su generalización en la consulta de tres de ellos (ALM, RPS y MPF). En el estudio final se incluyeron todos los casos sucesivos de demanda mediante una tercera persona en cada una de las tres consultas, hasta completar 200 casos por médico. El período de recogida de datos comenzó el 15 de febrero de 1993 y terminó el 14 de abril del mismo año. El tamaño de la muestra se calculó a partir del porcentaje de incidencia (14,64%) descrito previamente<sup>4</sup>, para una precisión de  $\pm 5$  y un riesgo de 5%<sup>5</sup>.

Las variables estudiadas fueron: A. Respecto al paciente: 1) edad; 2) sexo; 3) motivo de la ausencia (minusvalía o impedimento, tanto físico como mental, causa laboral o escolar, hospitalización, sin explicación de la ausencia u otros); y 4) problema principal de salud del paciente, clasificado con la CIPSAP-2D de la WONCA<sup>6</sup>.

B. Respecto a la tercera persona: 5) edad; 6) sexo; 7) si además consultaba por motivo propio; 8) parentesco con el paciente (cónyuge, padre/madre, hijo/a, vecino/a, amigo/a u otros).

C. Respecto al encuentro: 9) tipo de consulta (prescripción, partes de incapacidad laboral transitorio [ILT] u otros documentos o certificados, derivación a especialistas, a laboratorio o a radiología, o atención clínica de problema de salud).

D. Y además: 10) número total de pacientes vistos en cada consulta por día; 11) número de consultas por tercera persona por día; 12) día de la semana; 13) día del mes; 14) médico.

Los pacientes se agruparon: a) según edad: niños/adolescentes (de 8 a 14 años); adultos trabajadores (de 15 a 64 años); jubilados (de 65 o más años). b) Los motivos de ausencia del paciente en la consulta se consideraron «clínicamente justificados» cuando se debieron a algún tipo de minusvalía física o psíquica, o a ingreso hospitalario; se catalogaron como «clínicamente injustificados» si el motivo de la ausencia fue el laboral, escolar o sin explicación de la misma.

Los datos han sido procesados con el programa estadístico SPSS/PC<sup>7</sup>. Para las comparaciones se ha considerado un nivel de significación estadística igual o menor a 0,05.

## Resultados

En los 2 meses de registro se atendieron un total de 3.316 consultas; el promedio de pacientes/día de las tres consultas en este período de tiempo fue de 32. Se registraron 603 casos de visitas por terceras personas que correspon-

den al 18% de todas las consultas atendidas en el período de tiempo del estudio.

Las principales características de los pacientes atendidos a través de terceros se presentan en la tabla 1. Globalmente existió un predominio estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ) de mujeres respecto a los varones; este predominio del sexo femenino respecto al masculino se mantuvo en el grupo de jubilados (73 y 27%, respectivamente) pero se invirtió ligeramente en el grupo de trabajadores (47 frente al 53%). En el grupo de niños/adolescentes predominaron los varones sobre las mujeres (57 frente al 43%). La edad media de las mujeres fue mayor que la de los varones.

La mayoría de los pacientes no acudieron directamente a consulta por algún grado de impedimento o minusvalía física o psíquica (tabla 1). En el 27% de todos los casos la tercera persona no pudo o supo dar alguna explicación de la ausencia del paciente en la consulta. Entre las mujeres los dos motivos principales de ausencia fueron la minusvalía y la no explicación de la ausencia. Los varones no acudieron personalmente a consulta por no faltar al trabajo y en segundo lugar por alguna minusvalía. Cuando se tuvo en cuenta el grupo de edad también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ): en los niños/adolescentes el principal motivo de ausencia fue de índole escolar (87%), en los trabajadores la causa más frecuente fue de tipo laboral (30%) y la no explicación de la ausencia (28%); mientras que la mayoría de los jubilados (69%) no acudieron por algún tipo de minusvalía. Desde el punto de vista clínico la ausencia no

estuvo justificada en el 57% del total de pacientes que utilizaron este tipo de consulta. Este porcentaje fue mayor en varones (66%) que en mujeres (50%) ( $p < 0,001$ ). En el grupo de jubilados, sin embargo, el 68% de los casos la ausencia estuvo clínicamente justificada.

La persona delegada que acudió a consulta en nombre del paciente suele ser mujer, de una edad media de 54 años, que en casi la mitad de los casos vino a consulta también por motivos propios (tabla 2). La relación entre esta tercera persona y el paciente fue de cónyuge, de progenitor y de hijo/a, en orden de mayor a menor frecuencia. Entre los jubilados el cónyuge asistió en el 48% de los casos; el segundo lugar, sin embargo, lo ocupan los hijos que acudieron por sus padres en el 36% de las visitas. Las hijas se presentaron por sus padres con más frecuencia (85%) que los hijos. Las mujeres vinieron en un 34% de los casos en lugar del marido. Los varones, por el contrario, acudieron fundamentalmente en nombre de su cónyuge (66%), porcentaje que se eleva al 78% cuando el paciente es mayor de 64 años.

El motivo de consulta en este tipo de encuentros por tercera persona fue la consecución de prescripciones farmacéuticas (tabla 3). En más del 90% de dichos casos se trató de recetas de continuación de tratamiento. Un 9% de las visitas fue originada para derivación a especialistas; en más de la mitad de los casos (51,1%) se trató de revisiones. El motivo de consulta se mantuvo cuando la tercera persona consultó por sí misma pero el porcentaje de adquisición de recetas se elevó ligeramente hasta el 82,8% (diferencia no significativa) y la recogida de par-

TABLA 1. Datos generales de los pacientes

	Varones	Mujeres	Total
Número de casos	43,9 (263)	56,1 (336)	100 (603)
Edad media (años $\pm$ DE)	45,7 $\pm$ 21,91	56,6 $\pm$ 26,53	51,8 $\pm$ 23,51
Grupos de edad			
Niños/adolescentes (8-14 años)	8,0 (21)	4,8 (16)	6,3 (18)
Trabajadores (15-64 años)	70,0 (184)	48,8 (164)	57,9 (349)
Jubilados (> 64 años)	22,1(58)	46,4 (156)	35,8 (216)
Motivos de ausencia			
Minusvalía	27,0 (69)	48,8 (157)	39,1 (227)
Sin explicación	21,5 (55)	31,4 (101)	27,0 (157)
Laboral	32,8 (84)	6,8 (22)	18,2 (106)
Escolar	10,9 (28)	9,9 (32)	10,5 (61)
Hospitalización	2,7 (7)	1,2 (4)	1,9 (11)
Otros	5,1 (13)	1,9 (6)	3,3 (29)

Los datos se expresan como porcentaje (n.º). La discordancia en suma de columnas y el total de fila es debido a la ausencia de registro del sexo en algunos casos.

**TABLA 2. Datos generales de la tercera persona**

	Varones	Mujeres	Total
Número de casos	37,7 (227)	62,3 (375)	100 (603)
Edad (media ± DE)	60,9 ± 15,5	49,1 ± 13	53,5 ± 15,1
Consulta propia	56,3 (125)	40,7 (149)	46,6 (274)
Grupos de edad:			
Trabajadores	45,3 (101)	87,3 (322)	71,5 (424)
Jubilados	54,7 (122)	12,7 (47)	28,5 (169)
Parentesco:			
Cónyuge	66,4 (146)	32,1 (115)	45,1 (261)
Padre/madre	17,4 (39)	34,1 (122)	28,0 (161)
Hijo/a	7,7 (17)	22,3 (80)	16,8 (97)
Vecino/a	—	1,4 (5)	0,9 (5)
Amigo/a	0,5 (1)	0,8 (3)	0,7 (4)
Otros	7,7 (17)	9,2 (33)	8,6 (50)

Los datos se expresan como porcentaje (n.º).  
La discordancia en suma de columnas y el total de fila es debido a la ausencia de registro del sexo en algunos casos.

tes de ILT disminuyó hasta el 2,5% (p < 0,05).

Los principales problemas de salud atendidos fueron artrosis, diabetes, mellitus, depresión efectos adversos NC, hipertensión no complicada en hiperlipemias. En mujeres los problemas de salud predominantes fueron artrosis, diabetes mellitus y depresión. En los varones las patologías más frecuentes fueron la drogadicción, hiperlipemia y úlcera péptica no duodenal. También se observó variación entre los distintos grupos de edad: efectos adversos NC (15,8%) y acné (7,9%) fueron los principales problemas de salud entre el grupo de niños/adolescentes; los adultos padecían sobre todo de diabetes mellitus y drogadicción (5,1%) y efectos adversos (4,8%); y los ancianos presentaban predominantemente artrosis (15,6%), diabetes mellitus (10,4%) y psicosis orgánicas no alcohólica (8%).

Por capítulos de la clasificación CIP-SAP-2D las patologías más frecuentes fueron las enfermedades mentales, endocrinometabólicas, del aparato circulatorio y del aparato locomotor.

De todas las variables estudiadas sólo el número medio de pacientes/día (35,37, 23,54 y 39,1) y el porcentaje medio de consultas por tercera persona (19,5, 20,6 y 15,5%) varió de manera estadísticamente significativa entre los distintos médicos. Las características de los pacientes y de las consultas realizadas y los motivos de las mismas fueron similares en los tres cupos médicos.

## Discusión

El presente estudio ha sido realizado en tres consultas del modelo tradicio-

nal y en un período de tiempo específico (invierno-primavera). Ambos factores pueden limitar el valor de los datos obtenidos, pero la consistencia de los resultados en las tres consultas y el hecho de que los tres médicos pasen sus consultas en áreas socialmente muy distintas, sugieren que las consultas por terceros pueden presentar cierta homogeneidad con independencia del profesional. No obstante, el área estudiada presenta una importante problemática social, como se demuestra por la fuerte presencia de la drogadicción.

La continuidad en la asistencia se mantiene con dificultad en las consultas por terceras personas. En nuestro estudio el 18% de las visitas al médico se realizaron a través de una tercera persona. Este porcentaje es superior al 14,4% descrito por Gervas et al.<sup>4</sup> Es posible que este 18% de visitas indirectas hubiera sido diferente si el período de tiempo en que se realizó el estudio (invierno-primavera) hubiese sido otro, ya que la utilización de servicios de atención primaria varía estacionalmente<sup>8</sup>.

La causa más frecuente de la ausencia física del paciente durante la visi-

ta médica (tabla 1) fue algún tipo de minusvalía (39%). Entre los ancianos esta causa alcanzó el 69%. Creemos que este alto porcentaje es un índice de una pobre accesibilidad de estos pacientes mayores e impedidos a los servicios de atención primaria que podría paliarse a través de la atención domiciliaria<sup>9</sup>, disminuyendo las barreras arquitectónicas, mejorando la accesibilidad horaria, etc. Es de destacar también, como segunda causa más frecuente de ausencia (27%), la no explicación de la misma. Se trata de pacientes, que sin motivo justificado, pudiendo acudir a la consulta no lo hicieron, generalmente por comodidad, enviando a la tercera persona. En el fondo subyace una concepción errónea de lo que supone el acto médico y la relación médico-paciente, es decir, una mala educación sanitaria en cuya génesis y mantenimiento no estamos exentos de culpa los propios médicos.

En el 57% de todas las consultas por terceros la ausencia no estuvo justificada clínicamente. Las motivaciones extraclínicas, pues, son las que más frecuentemente inducen a utilizar este tipo de visita médica indirecta. Entre estas motivaciones se encuentra la no explicación de la ausencia que hemos comentado anteriormente, pero también las causas laborales (18%) y escolares (11%). Se demuestra así las distintas motivaciones según edad que reflejan posiblemente una falta de accesibilidad a los servicios de atención primaria. La rigidez de horario de consulta de los médicos generales de modelo tradicional, con sus 2 horas y media reglamentarias (2 horas efectivas), puede ser la causa de este alto índice de ausencia no justificadas. El nuevo modelo de atención primaria permitiría evitar este problema a través de la ampliación del horario de demanda (idealmente de mañana y tarde por el mismo médico).

**TABLA 3. Tipos de consultas para los pacientes**

	Varones	Mujeres	Total
Recetas	71,1 (187)	80,4 (270)	76,1 (459)
ILT	12,2 (33)	7,4 (25)	9,6 (58)
Derivación especialistas	7,2 (19)	10,4 (35)	8,9 (54)
Atención clínica	6,8 (18)	6,0 (20)	6,3 (38)
Analítica	7,2 (19)	3,0 (10)	5,0 (30)
Radiografía	2,7 (7)	1,8 (6)	2,2 (13)

Los datos se expresan como porcentaje (n.º).  
La discordancia en suma de columnas y el total de fila es debido a la ausencia de registro del sexo en algunos casos. La suma de las columnas es mayor del 100% porque en algunos casos el tipo de consultas es múltiple.

La obtención de recetas fue el tipo de consulta más frecuentemente realizado (tabla 3). Este porcentaje (76%) es similar al de visitas que generaron prescripción farmacéutica en una consulta de medicina general, pero mayor que el porcentaje de visitas por revisión receta (42,5%) de dicha consulta<sup>4</sup> y mayor que el hallado en un estudio de utilización de servicios sanitarios<sup>10</sup>. La ausencia del paciente en el acto de recetar dificulta el seguimiento de la enfermedad, la exploración del paciente, el dar apoyo médico y personal a los enfermos crónicos<sup>11</sup>, y el detectar la posible aparición de efectos secundarios al tratamiento.

El porcentaje de estas visitas cuya motivación fue una derivación a especialistas (8,9%) es algo mayor que la descrita a nivel nacional (5,5%)<sup>12</sup>, en centros de salud (6,9%) y en consultorios de modelo tradicional (7,9%)<sup>13,14</sup>; pero es inferior al 9,32% oficial de INSALUD para consultorios del modelo tradicional para el año 1919 en el Área IV de Madrid.

En nuestro estudio la tramitación de ILT supuso sólo el 9,6% de las visitas por terceros, un porcentaje pequeño en comparación con otros motivos.

La mujer fue la tercera persona en el 62% de las visitas (tabla 2). Este predominio de las mujeres como «cuidadoras» de la familia se ha descrito en otros trabajos<sup>15,16</sup>. En nuestro grupo de pacientes mayores de 65 años, la tercera persona fue una mujer en sólo el 53,4% de los casos y la relación con el paciente fue preferentemente de hija; los varones acudieron en el 78% de los casos en calidad de cónyuge.

Casi la mitad de las terceras personas (tabla 2) acudieron también a consulta por motivo propio. Este hecho podría haber condicionado la delegación en esta persona de la consulta del propio paciente (y viceversa). Aunque el porcentaje de prescripción aumentó hasta un 82,8%, no se encontró diferencia significativa con las consultas en las

que los terceros no eran pacientes. Sólo la recogida de partes de ILT (2,5%) disminuyó significativamente ( $p < 0,05$ ).

La variable médico es importante para entender la demanda y utilización de servicios por parte de la población y puede ser una fuente importante de error el no tenerlo en cuenta. Hemos observado variación significativa en el número de visitas/día y en el porcentaje de dichas visitas que se realizaron por terceras personas. Variables ambas que pueden estar en relación con la permisividad y el modo particular de organizar la consulta del propio médico. Sería preciso analizar el papel que el médico pueda tener en la utilización de la consulta, aunque en nuestro trabajo, a pesar del diferente entorno social de las tres consultas, las características de los pacientes, los motivos de ausencia y los tipos de consulta no han variado entre los distintos médicos.

## Bibliografía

1. WONCA. Glosario Internacional de Atención Primaria. En: WONCA. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson, 1990: 252-268.
2. Hallan L. Acces to general practice and general practitioners by telephone: the patient's view. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 331-335.
3. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *J Roy Coll Gen Pract* 1979; 29: 201-205.
4. Gervas JJ, García Olmos L, Pérez Fernández MM, Abreira V. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general en la Seguridad Social. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 479-483.
5. Schwartz D. Métodos estadísticos para médicos y biólogos. Barcelona: Herder, 1985.
6. WONCA. CIPSAP-2 definida. En: Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson, 1990: 1-190.
7. SPSS/PC+ [programa informático], versión 4.0 para MS-DOS.
8. Aguado Mingorance JA, Rodríguez Contreras Pelayo R, Bueno Cavanillas A, López Gigoso R, Gastón Morata J, Gálvez Vargas R. Estudio descriptivo de utilización y demanda en un centro de salud. *Rev San Hig Pub* 1991; 65: 497-506.
9. Espinosa JM, Burgos ML, Muñoz Cobos F, Salazar JA. Programa de atención a pacientes incapacitados en un centro de salud. *Aten Primaria* 1992; 10: 761-765.
10. Sáenz González MC, Mirón Canelo JA, González Celador R. Valoración de la demanda y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población rural de la provincia de Salamanca. Encuesta por entrevista personal. *Rev San Hig Pub* 1991; 65: 61-70.
11. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract* 1991; 8: 305-307.
12. The European study of referrals from primary to secondary care. Occasional paper 56. Londres: The Royal College of General Practitioners, 1992.
13. García Olmos L. Demanda derivada en las consultas de Medicina General de los equipos de Atención Primaria gestionados por el INSALUD. *Gaceta Sanitaria* 1990; 21: 218-221.
14. Llobera Cánaves J. La derivación de pacientes de la atención primaria a la especializada. *Gaceta Sanitaria* 1988; 2: 271-275.
15. Anderson R. Family care of older people. Proceedings of the European Conference «Older people and the family-solidarity between generations». Funchal, Madeira: 1992; 23-25 abril.
16. Puig C, Hernández-Monsalve LM, Gervas JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1992; 10: 550-552.