

Médicos e hiperfrecuentadores de bajo riesgo en urgencias: implicaciones éticas

Gabriela Rodrigues da Silva¹, Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano¹, Arthur Chioro¹

1. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

Existe una demanda creciente de usuarios con problemas de baja complejidad clínica que frecuentemente buscan servicios hospitalarios de urgencia y emergencia. El uso excesivo de SUH impone varios dilemas éticos a los servicios, médicos y otros profesionales. El estudio examina las implicaciones éticas que surgen del encuentro entre médicos y pacientes hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico en un SUH universitario. Es una investigación cualitativa desarrollada a través de entrevistas semiestructuradas con médicos y pacientes hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico y observación de campo del tipo etnográfico. Se observó que los médicos tienden a estigmatizar la demanda del hiperfrecuentador. Los pacientes, por otro lado, muestran satisfacción con los médicos y refuerzan el descontento con la atención básica de salud y los servicios ambulatorios especializados. Se concluye que el uso excesivo del SUH genera conflictos en el ejercicio ético-profesional, principalmente como resultado de la estigmatización de estos pacientes por parte de los médicos. A pesar de esto, los hiperfrecuentadores están satisfechos con el servicio, lo que los motiva a convertirse en grandes usuarios.

Palabras clave: Ética médica. Relaciones médico-paciente. Servicio de urgencia en hospital. Triage.

Resumo

Médicos e hiperutilizadores de baixo risco em emergências: implicações éticas

É crescente a demanda de usuários com problemas de baixa complexidade clínica que procuram serviços hospitalares de urgência e emergência frequentemente. Essa hiperutilização dos serviços impõe dilemas éticos aos médicos e demais profissionais. O presente estudo analisa as implicações éticas do encontro entre médicos e usuários hiperutilizadores em uma unidade universitária. Trata-se de pesquisa qualitativa desenvolvida por meio de entrevistas semiestructuradas com médicos e pacientes hiperutilizadores de baixo risco clínico e observação de campo etnográfica. Observou-se que os profissionais tendem a estigmatizar a demanda desses usuários. Já os usuários demonstram satisfação com os médicos, mas descontentamento com a atenção básica e especializada ambulatorial. Conclui-se que a hiperutilização gera conflitos ético-profissionais decorrentes sobretudo da estigmatização dos pacientes pelos médicos. Apesar disso, os hiperutilizadores se sentem satisfeitos com o atendimento, o que os motiva a continuar frequentando os serviços com frequência.

Palavras-chave: Ética médica. Relações médico-paciente. Serviço hospitalar de emergência. Triage.

Abstract

Physicians and low-risk frequent users in emergency services: ethical implications

There is an increasing demand for Emergency Department (ED) services from frequent users with problems of low clinical complexity. The overuse of ED poses several ethical-professional dilemmas for physicians and other medical staff. The study analyzes the ethical implications that emerge from the relationship between physicians and low-risk frequent users in a university hospital. This is a qualitative research developed through semi-structured interviews with physicians and low-risk frequent users and ethnographic observation in the field. It was observed that medical staff tend to stigmatize the demand of frequent patients. They, on the other hand, are satisfied with the physicians but discontent with primary health care and specialized outpatient care. It is concluded that the overuse generates ethical-professional conflicts, especially due to the stigmatization of these users by physicians. Nevertheless, frequent users are satisfied with the service, which motivates them to continue using it often.

Keywords: Ethics, medical. Physician-patient relations. Emergency service, hospital. Triage.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP-Conep 16810719.0.0000.5505

Los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), conocidos como salas de urgencias, tienen como objetivo ayudar a las personas con afecciones clínicas agudas que buscan atención de manera espontánea o derivada. En Brasil, para regular el acceso y calificar el manejo clínico, la Política Nacional de Atención a las Urgencias Médicas recomienda la clasificación de riesgo y la intervención necesaria y adecuada para las diferentes enfermedades¹. Sin embargo, existe una creciente demanda de usuarios que atienden inadecuadamente a los SUE, presentando quejas y problemas de baja complejidad, y que podrían ser atendidos en otros puntos de la red de salud².

Así, los SUH se han convertido en la principal puerta de entrada al sistema de salud, ya sea por la dificultad de acceso a la atención primaria o por la conveniencia de la disponibilidad médica las 24 horas³. El resultado es el acceso inadecuado, lo que interfiere directamente con el uso de los recursos y la calidad de los servicios prestados, contribuyendo incluso al fenómeno del hacinamiento⁴, que impone dilemas éticos a los médicos y otros profesionales.

Una pequeña proporción de usuarios de bajo riesgo clínico se clasifican como “hiperfrecuentadores” porque acceden con frecuencia a los servicios –en promedio cuatro o más visitas dentro de un máximo de 12 meses, según la literatura⁵. En general, estos usuarios tienen un estado de salud crónico y trastornos mentales⁶⁻⁹ y, a pesar de no ser representativos con relación al número total de pacientes de los SUH, demandan cuidados que impactan fuertemente los costos asociados a largo plazo^{6,10-17}.

En este sentido, el fenómeno del uso excesivo también puede conducir al hacinamiento y a un mayor tiempo de espera, factores que perjudican la calidad de los servicios¹⁴, generando conflictos ético-profesionales en la relación médico-paciente. El médico y el equipo profesional pueden, por ejemplo, ver a estos pacientes como insistentes y consumidores de recursos, tiempo y atención que estarían mejor dirigidos a otras personas en una situación más grave^{18,19}.

En algunos casos, el cuidado es perjudicioso, lo que va en contra del Código de Ética Médica (CEM) brasileño, basado en el ejercicio de la medicina sin discriminación de ningún tipo y en la responsabilidad de priorizar el bienestar del paciente²⁰. Una revisión sistemática²¹, por ejemplo, identificó términos como “abusadores del sistema de salud” y “pesadillas”,

utilizados por los profesionales para referirse a estos usuarios. También hubo negligencia en la atención, lo que es grave, ya que, aunque la mayoría de las veces no presentan signos y síntomas graves y urgentes, en algún momento los hiperfrecuentadores pueden desarrollar una condición grave y real que, si no se evalúa y trata correctamente, puede conducir a complicaciones²². En este caso, el médico responsable también estaría violando el CEM al causar daño al paciente a través de acciones inapropiadas, indebidas u omisiones, las cuales pueden caracterizarse como mala praxis, imprudencia o negligencia²⁰.

El presente proyecto de investigación tomó como referencia tres documentos: el CEM, aprobado por la Resolución del Consejo Federal de Medicina (CFM) 2.217/2018²⁰, que establece normas para el ejercicio de la profesión médica; la Resolución CFM 2.077/2014²³, que regula el funcionamiento de los servicios hospitalarios de urgencia y emergencia, así como el dimensionamiento del equipo médico y del sistema de trabajo; y la Ordenanza 1.600/2011 del Ministerio de Salud brasileño, que reformula la Política Nacional de Atención de a las Urgencias Médicas².

El estudio tuvo como objetivo analizar las implicaciones éticas del encuentro entre médicos e hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico atendidos en la sala de urgencias de un hospital universitario. También se buscó identificar cómo los médicos que trabajan en los SUH reconocen los preceptos éticos que deben guiar sus relaciones con los hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico; analizar cómo esos médicos aplican dichos preceptos en el trabajo diario; y analizar la percepción de los hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico con relación a la dimensión ética del cuidado prestado en los SUH.

Método

El artículo trae resultados de investigaciones cualitativas que utilizaron técnicas mixtas de recolección de datos (entrevistas semiestructuradas y observación etnográfica de campo), centrándose en la relación entre médicos e hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico en la sala de urgencias de adultos del Hospital São Paulo (SU-HSP), de la Universidade Federal de São Paulo.

A través del sistema de información del HSP, se recolectaron datos de pacientes con cuatro o más

visitas en la SU-HSP en 2018. A continuación, se seleccionaron cuatro pacientes hiperfrecuentadores para la entrevista, de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: adultos, clasificados por enfermería como “azules” o “verdes” (baja complejidad), y que aceptaron participar en la investigación y firmar el formulario de consentimiento informado (FCI).

Con relación a los profesionales, se seleccionaron cinco médicos (residentes, asistentes y profesores) directamente responsables de la atención de los hiperfrecuentadores entrevistados, quienes aceptaron participar en la investigación y firmar el FCI. Se decidió excluir a los internos del 5.º y 6.º año de graduación médica, porque todavía están en la fase de formación académica.

Los usuarios fueron abordados dentro de la SU-HSP, en lugares de espera que no comprometiesen el funcionamiento de los servicios, respetando la integridad del paciente y la confidencialidad del diálogo. Los médicos fueron entrevistados en el momento adecuado, indicado por ellos, dentro de su rutina en la SU-HSP.

Los guiones de entrevista semiestructurada buscaron delinear un perfil general de los participantes, comprender la organización de la SU-HSP y plantear las principales experiencias, negativas o positivas, en la relación entre médicos e hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico. Además de las entrevistas, se realizó una observación etnográfica de las consultas, sin ninguna interferencia verbal o física por parte de los investigadores.

En el análisis cualitativo de los datos, se privilegiaron los puntos de vista de los usuarios y de los médicos, para observar los aspectos éticos del cuidado y las relaciones establecidas en la cotidianidad de los SUH. El material empírico se exploró mediante el análisis de transcripciones de entrevistas y diarios de campo, buscando recurrencias en las narrativas, pero sin descuidar la singularidad de cada paciente o profesional. Para ello, se utilizó el concepto de planes de visibilidad para examinar y organizar el material de investigación en categorías.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Unifesp/HSP, de acuerdo con la Resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) 466/2012²⁴ y reglamento de la Comisión Nacional de Ética en Investigación (Conep). Los investigadores contaron con el apoyo de una beca de investigación del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo.

Resultados

Médicos de la SU-HSP

Como se muestra en el Cuadro 1, se entrevistó a cinco médicos, cuatro mujeres y un hombre, con edades entre 25 y 53 años, todos egresados de universidades públicas. Los tres profesionales más jóvenes estaban vinculados al programa de residencia médica HSP/Unifesp.

Cuadro 1. Caracterización de los médicos entrevistados de la sala de urgencias del Hospital São Paulo

Entrevistado	Edad (años)	Género	Función	Año y universidad de formación
M1	40	Femenino	Jefe de servicio de la sala de urgencias de otorrinolaringología	2000, Universidade Estadual Paulista
M2	26	Masculino	Residente (R2) de oftalmología	2017, Universidade Federal de São Paulo
M3	25	Femenino	Residente (R1) de cirugía general	2018, Universidade Federal de São Paulo
M4	26	Femenino	Residente (R2) de clínica médica	2017, Universidade Federal da Paraíba
M5	53	Femenino	Médico de guardia de clínica médica en la sala de urgencias del Hospital São Paulo	1992, Universidade Federal do Pará

De las entrevistas y la observación surgieron las siguientes categorías de visibilidad: “estigmatización y devaluación de la demanda de los

usuarios”; “el paciente tiene la culpa”; “la crisis tiene la culpa”; y “la culpa la tiene la Unidad Básica de Salud (UBS)”.

Estigmatización y devaluación de la demanda de los usuarios

Hay sentimientos compartidos por la mayoría de los médicos entrevistados que van desde el sentimiento de enfado hasta la lástima, y que se manifiestan tanto con relación a pacientes hiperfrecuentadores como a usuarios de bajo riesgo clínico que no son hiperfrecuentadores. La investigación indica que la mayor molestia de los médicos entrevistados se refiere a quejas simples, de poca o ninguna gravedad y complejidad, que ocupan el tiempo que podría ser dedicado a pacientes graves y emergencias:

“Nunca he visto a mi colega dejar de examinar o tratar mal algún hiperfrecuentador, pero lo que sé es que hay un enfado por parte de algunos médicos con el tiempo perdido que se dedica a estos pacientes, mientras que hay otros más graves. No creo que llegue al servicio, es algo más interno” (M2).

“A muchos médicos no les gusta o no quieren atender a estos pacientes. En un turno muy ocupado, nos sentimos un poco enojados con los pacientes” (M4).

“¿Cómo puede venir en el medio de la noche con problemas tan simples? No busco la sala de urgencias si solo tengo dolor de estómago o malestar” (M3).

Uno de los médicos relató que en los últimos años, con la instalación del sistema de historia clínica electrónica, la percepción de los pacientes ha cambiado y, consecuentemente, también la postura de los profesionales. Antes, no se solía notar la presencia de hiperfrecuentadores, dada la rotación de residentes presentes. Sin embargo, con la historia clínica electrónica, antes de comenzar la consulta el médico puede identificar la frecuencia del paciente a la SU-HSP y sus quejas más comunes:

“Porque sabemos quién es hiperfrecuentador a través del ordenador, puede ser que tratemos a este paciente con menos atención, lo que es malo, porque si un día hay una queja más grave, puede pasar desapercibida” (M1).

“Es común ver a estos pacientes más de una vez al mes, por lo que normalmente ya se examina con una idea de lo que se va a encontrar” (M2).

La identificación del paciente como un hiperfrecuentador de bajo riesgo también afecta el tiempo

asignado a la atención, que en la mayoría de los casos resulta más rápida:

“Dependiendo del paciente, algunas consultas duran hasta un minuto. Si hay una señal de alarma es una cosa, pero si no hay no perdemos mucho tiempo (...). No puedo pasar mi tiempo con un [paciente] que no tiene nada complejo. Pienso en quejas que me hacen invertir en el paciente. Si no es urgente, le derivamos a la UBS” (M3).

“Como siempre vienen con quejas similares o irrelevantes, la consulta también tiende a ser más rápida” (M4).

Los dispositivos de manejo clínico, como la clasificación de riesgo, dirigidos a priorizar el flujo y optimizar el tiempo de atención, no parecen interferir con la forma en que algunos médicos se acercan a los usuarios, incluidos los de bajo riesgo e hiperfrecuentadores:

“Hay poca diferencia entre la atención de pacientes con bajo riesgo clínico y aquellos con alto riesgo, incluidos los hiperfrecuentadores. El cribado sirve desde la puerta hacia el exterior para estimar el tiempo de espera del paciente. Aquí, trato de mirarlos sin diferencia, todos son pacientes” (M1).

Durante la investigación de campo, no se observó el uso de apodosos o adjetivos que caractericen o menosprecien los hiperfrecuentadores.

El paciente tiene la culpa

Los médicos no tienen una percepción clara de las dificultades de los pacientes para comprender el funcionamiento del sistema de salud. Existe un consenso entre los profesionales entrevistados de que los pacientes no saben identificar los niveles de atención a la salud, lo que aumenta la demanda de la sala de urgencias. Sin embargo, todos afirmaron haber tomado conciencia de este tema solo después de comenzar la graduación médica. Uno de los entrevistados argumenta que el papel de guiar a los pacientes debe estar a cargo de la UBS:

“Creo que es responsabilidad de la UBS explicar a la población los niveles de atención para evitar esta sobrecarga de las salas de urgencias. La UBS es la que tiene gran proximidad y vínculo con los pacientes” (M5).

Algunos médicos, además de reconocer que los pacientes no entienden adecuadamente los roles de cada nivel de atención a la salud, consideran que parte de los hiperfrecuentadores de bajo riesgo son "tramposos", ya que intentan evitar los flujos de acceso establecidos, buscando la sala de urgencias con la intención de obtener exámenes o una vacante en el nivel secundario de atención a la salud:

"Cuando nos damos cuenta de que el paciente realmente está esperando mucho tiempo para una cita, lo remitimos al ambulatorio de la Unifesp, aunque no sea el camino más correcto desde el punto de vista estructural" (M2).

"Hay muchos pacientes que vienen con la intención de pedir un examen, y decimos que aquí no es donde lo van a hacer. Otros vienen porque quieren derivación ambulatoria, pero ya no podemos obtenerla. Rara vez abrimos excepciones" (M3).

Una de las razones indicadas para la demanda inadecuada de la sala de urgencias es la fragilidad emocional de los hiperfrecuentadores y su necesidad de interacción. Una parte significativa de estos usuarios son ancianos que no parecen encontrar un lugar de escucha y acogida en la sociedad o incluso en la UBS:

"A menudo los pacientes vienen con alta frecuencia debido a una necesidad de atención, para hablar. Realmente nos sentamos y escuchamos. Es parte de la profesión médica escuchar y ayudar como podemos. Hay pacientes que conocemos por su nombre. Nunca dejamos de atenderlos o decimos que se vayan sin examinarlos." (M2).

"Hay un señor que asiste con frecuencia a la sala de urgencias y ya lo conozco de cara, sé que no tiene familia y que la única oportunidad para él de tener vida social es en el hospital, que es la justificación de su venida. Asistir a un hiperfrecuentador de bajo riesgo es malo porque sentimos que es una pérdida de tiempo, pero el sentimiento principal es lástima, como en el caso de este señor que te dije" (M3).

La crisis tiene la culpa

La crisis económica también se indica como una de las causas de la alta demanda. La mayoría de los entrevistados mencionan que hay una porción

significativa de personas sin hogar que buscan la sala de urgencias como refugio y para dormir, ya que no hay restricciones para permanecer en el lugar de espera:

"Las personas sin hogar a menudo vienen a la sala de urgencias, noche tras noche, con cualquier queja o para tomar algún medicamento como excusa para dormir en el hospital mientras esperan la cita" (M1).

El abuso de alcohol y otras drogas, aunque es un problema cuya complejidad extrapola la dimensión social, merece protagonismo, ya que también influye en la frecuencia con la que algunos pacientes buscan la sala de urgencias:

"Otro paciente viene varias veces con una queja de dolor de garganta, pero siempre pide ser examinado con lidocaína, probablemente porque es un alcohólico. Es importante tener en la historia clínica que el paciente es un alcohólico, o que bebió alcohol en gel en la sala de urgencias, o cualquier otra adicción, para evitar darle morfina y otros medicamentos" (M1).

La Unidad Básica de Salud tiene la culpa

El papel de la UBS ocupó un lugar destacado en todas las entrevistas. Para los profesionales, cuando los pacientes buscan atención primaria, enfrentan problemas de acceso y la baja calidad de la atención prestada, especialmente cuando necesitan ser derivados a la atención ambulatoria especializada. Cuando son atendidos cada día por un médico diferente en la sala de urgencias, los pacientes ya no tienen seguimiento longitudinal, lo que dificulta el control de sus enfermedades:

"Para todos los pacientes se explica y se hace la remisión a la UBS, pero muchos de ellos van allí y no reciben lo más mínimo, como lavar la cera de los oídos, entonces regresan y sobrecargan la sala de urgencias" (M1).

"Tenemos que lidiar con el volumen, pero lo ideal es que [las personas] tengan la consulta cerca de sus casas. Además, el médico clínico no suele responder a las quejas oftalmológicas, y como no existe tal especialidad en la UBS, los pacientes siempre tienden a venir aquí, incluso con quejas no urgentes" (M2).

Pacientes hiperfrecuentadores

Entrevistamos a cuatro pacientes, tres mujeres y un hombre, caracterizados en el Cuadro 2. Los entrevistados tenían entre 70 y 75 años, estaban jubilados y vivían en la región cubierta por el la SU-HSP. Solo un participante había terminado

la escuela secundaria, y nadie tenía un seguro médico privado. La frecuencia de uso en 2018 indica que los pacientes seleccionados eran efectivamente hiperfrecuentadores, especialmente P1 y P3, que acudían al servicio, en promedio, cada 6 y 14 días, respectivamente.

Cuadro 2. Caracterización de los pacientes hiperfrecuentadores con bajo riesgo clínico entrevistados (sala de urgencias del Hospital São Paulo)

Entrevistado	Edad (años)	Género	Escolaridad	Situación de trabajo	Localidad	Entradas en la sala de urgencias en 2018
P1	75	Femenino	Secundaria completa	Jubilada	Vila Mariana (Zona Sur)	58
P2	71	Femenino	Primaria incompleta	Jubilada	Tucuruvi (Zona Norte)	8
P3	75	Masculino	No alfabetizado	Jubilado	Capão Redondo (Zona Sur)	25
P4	70	Femenino	Primaria incompleta	Jubilada	Grajaú (Zona Sur)	9

Los hallazgos se agruparon en tres categorías de visibilidad que surgieron de la observación y las entrevistas con los pacientes: satisfacción y vínculo con los médicos de la sala de urgencias y la atención hospitalaria; sobrevaloración médica vs. devaluación del equipo multiprofesional; y falta de resolución de las UBS y servicios ambulatorios especializados.

“Los médicos son muy atentos. Otros del SUS [Sistema Único de Salud] no hacen nada, apenas nos miran a la cara y no hablan de lo que tenemos. Aquí examinan, hacen pruebas, profundizan en la consulta. Realmente me gusta este lugar, no lo cambio por nada. Creo que ya están hartos, pero siempre vengo” (P2).

Satisfacción y vínculo con los médicos de la sala de urgencias y atención hospitalaria

Los hiperfrecuentadores con bajo riesgo clínico se sienten bien atendidos en la sala de urgencias y afirman que a menudo vuelven a los SUH porque se sienten acogidos por los médicos, con los que crean vínculos:

“Siempre me trata la Dra. Z, que se queda aquí en urgencias. Me gusta mucho, la consulta es maravillosa y siempre vengo los días que ella está (...). De hecho, la Dra. Z se jubilará y ya no quiero venir cuando se vaya” (P1).

Los pacientes se sienten respetados e informan que los médicos les hablan, los examinan y no son negligentes:

Sobrevaloración médica vs. devaluación del equipo multiprofesional

Se observa que los usuarios tienden a sobrevalorar al profesional médico, a pesar de los problemas, conflictos e insuficiencias existentes en el servicio. Los hiperfrecuentadores atribuyen los principales problemas encontrados a otros trabajadores de la sala de urgencias y no entienden claramente el papel de esos profesionales en la atención de emergencia. Cuando se les pregunta sobre experiencias negativas, los pacientes revelan desacuerdos con los profesionales de enfermería, algunos de ellos provocados por la hiperutilización del servicio:

“Un día, la enfermera de clasificación de riesgos me preguntó qué estaba haciendo nuevamente en el HSP porque seguía apareciendo en la sala de urgencias

todo el tiempo. Pero vengo cuando quiera y cuando necesite, no vengo a dar un paseo o porque me guste. Mi médico me recomendó que cada vez que tuviera algún dolor o problema, corriera a la sala de urgencias debido al infarto que ya he tenido” (P1).

Falta de resolución de la UBS y servicios ambulatorios especializados

La mayoría de los pacientes entrevistados asisten a la UBS, generalmente para consultas con un médico general. Sin embargo, el tiempo de espera para una consulta médica, principalmente de especialidades, considerado excesivo, y la baja calidad de la atención son los supuestos motivos para recurrir a los SUH, incluso en casos de problemas de baja complejidad:

“En la UBS me derivaron al neurólogo, pero él me indicó un tratamiento que no tuvo resultado y aun así me dio el alta. Después de eso, comencé a asistir a la SU-HSP y, después de muchas búsquedas, los médicos del hospital me derivaron a la clínica de neurología” (P2).

“No hago ningún otro tipo de seguimiento ambulatorio, solo atiendo a la UBS, aunque no me gusta, porque espero unos 6 a 7 meses para una consulta especializada cuando la necesito, y también porque creo que los médicos de la clínica general hacen poco por controlar los problemas, no piden exámenes de rutina” (P4).

Aunque estén satisfechos con la resolución de la SU-HSP, algunos pacientes se quejan de que los médicos no piden suficientes exámenes complementarios. Hay una idea general de que estos exámenes son una prueba fundamental de que sus patologías de hecho están siendo tratadas:

“La atención de urgencias es buena, pero aquí solo te dan la medicina. No te hacen esa prueba para ver la enfermedad realmente. Solo vas a la consulta, te examinan, pasan la medicina y te dejan ir” (P3).

Discusión

Las experiencias de médicos y usuarios de los SUH están marcadas por dualidades, especialmente cuando entra en juego la atención a hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico. Desde el punto de vista

de los médicos, surge principalmente la culpabilidad y estigmatización del paciente hiperfrecuentador, ya sea de bajo riesgo o no. En general, se entiende que este paciente consume tiempo y recursos que deben ponerse a disposición de aquellos que de hecho necesitan los SUH. La sensación de incomodidad de los profesionales al dedicar esfuerzos al cuidado de los hiperfrecuentadores entra en conflicto con el CEM, que aboga por el ejercicio de la medicina sin discriminación de ninguna naturaleza y determina que *el objetivo de toda la atención del médico es la salud del ser humano, para cuyo beneficio debe actuar con el mayor celo y lo mejor de su capacidad profesional*²⁵.

Aunque los médicos no crean que el descontento con tales usuarios afecte la calidad de los servicios, considerando que todos los pacientes, con quejas más o menos graves, son atendidos y tienen sus problemas resueltos, es innegable que ese juicio cambia la actitud del profesional. Si bien no hay un daño inmediato al paciente, existe el riesgo de daño causado por la subestimación de las denuncias y la discriminación, prácticas prohibidas por el CEM en sus artículos 1.º y 23, respectivamente²⁰.

Al analizar las razones de la demanda de hiperfrecuentadores por los SUH, que consideran inadecuadas e inoportunas, los profesionales hacen un juicio moral que asigna la culpa a los propios pacientes. Estos pacientes, desde la perspectiva de los médicos, estarían utilizando artificios para acceder a los servicios que pueden obtener en la atención primaria. Su comportamiento, de esta manera, agravaría el hacinamiento de los SUH y perjudicaría la atención a los usuarios que más lo necesitan. Los profesionales todavía culpan a los hiperfrecuentadores por ignorar la arquitectura del sistema de salud y no respetar las “reglas del juego” (aunque los propios profesionales confiesen solo haber entendido la estructura de los servicios después del inicio de la graduación médica).

En opinión de los médicos, otros dos factores son cruciales para comprender el uso excesivo de los SUH por parte de usuarios de bajo riesgo. Para ellos, en primer lugar, el uso inadecuado de las demandas está asociado con los efectos de la crisis económica y social y la ausencia de políticas que, por ejemplo, ofrezcan servicios y refugio a las personas que viven en la calle. Esta población, como muestran las entrevistas, ve en la sala de urgencias, disponible las 24 horas del día, el único lugar

seguro para pasar la noche y satisfacer necesidades básicas, como dormir e ir al baño.

Los profesionales también enfatizan la incapacidad de la atención primaria para atender las demandas presentadas por usuarios de bajo riesgo clínico. Sin tener sus necesidades satisfechas en la UBS, los hiperfrecuentadores buscan incesantemente los SUH, entendiéndolos como una red de apoyo para buscar consultas médicas, derivación a especialistas (lo que llevaría meses siguiendo los flujos habituales de la red básica) y exámenes complementarios que consideran decisivos para su cuidado.

Estos usuarios también se sienten acogidos, escuchados y atendidos en sus necesidades psicoemocionales en los SUH, lo que apunta a la necesidad de que la atención primaria vaya más allá del modelo técnico-asistencial basado en consultas y procedimientos médicos²⁶. Es decir, incluso si los usuarios entendieran la forma correcta de utilizar la red de salud, de acuerdo con la regionalización y jerarquía propuesta por el SUS, no habría garantía de acceso oportuno y adecuado a la UBS y a los servicios ambulatorios especializados²⁷.

Existe una tendencia a sobreestimar e idealizar la atención primaria, como si tuviera un gran arsenal de recursos humanos y materiales y fuera capaz de satisfacer rápidamente todas las demandas no urgentes y de baja complejidad, con eficiencia y calidad. La realidad, sin embargo, es que estos servicios están sobrecargados debido al desequilibrio entre el número de pacientes y los profesionales de la salud, especialmente en regiones periféricas o en ciudades alejadas de los grandes centros, que concentran tecnología y servicios de referencia.

Además, predomina un modelo de atención a la salud que valora poco la prevención. Este modelo no fomenta la autonomía y corresponsabilidad del usuario en "cuidarse a sí mismo", ignorando el poder del cuidado por equipos multiprofesionales, incluso en grupos de pacientes, más allá de la mera oferta de consultas médicas individuales y la prescripción de medicamentos y exámenes, demandados incesantemente por el usuario²⁸.

El estudio revela, sin embargo, la otra cara de la moneda: el protagonismo de los usuarios hiperfrecuentadores, que crean mapas de atención más allá de la regulación asistencial o gubernamental²⁸. Porque hay otras formas de regulación que se cruzan con el cuidado, entre ellas la llamada "regulación

espontánea". En ella, el usuario, a través de sus experiencias y red de contactos (familiares, amigos y vecinos), busca minimizar el tiempo de la enfermedad con relación a los tiempos del gestor (tiempo burocrático que rige los niveles de atención sanitaria) y del profesional (tiempo del servicio). Para ello, el hiperfrecuentador elabora sus propios itinerarios en busca de cuidados, visitando servicios (a veces de una manera considerada excesiva e inadecuada por los gestores y trabajadores de la salud) en los que se siente acogido y atendido en sus demandas²⁹.

Así, a partir de la información que adquiere en la práctica, el hiperfrecuentador de bajo riesgo busca y encuentra la flexibilidad de los servicios. Es esto, al menos desde la perspectiva de los usuarios, lo que explicaría la alta demanda de los SUH, considerados más accesibles y resolutivos en comparación con las UBS. Además, el usuario también busca los SUH como atajo, con el objetivo de ser derivado al servicio especializado (ambulatorios) conectado al hospital universitario, buscando escapar de los impedimentos impuestos por el sistema regulatorio de acceso.

El estudio muestra que los médicos también tienen sus propias estrategias de regulación²⁹. A menudo, según sea necesario desde sus pacientes y su red de intereses (ya sea la producción de investigación científica o la facilitación del acceso a servicios especializados), los profesionales crean flujos informales para responder a las demandas. En estos casos, los límites para la práctica ético-profesional de la medicina son muy tenues, y la acción puede terminar contradiciendo lo establecido por el artículo 20 del CEM²⁰: los intereses políticos o de cualquier otro orden no deben interferir con la conducta médica.

El hacinamiento, la baja seguridad, la mala infraestructura y la falta de recursos fueron los principales problemas del trabajo diario mencionados por los médicos. Esta situación reportada por los entrevistados viola lo dispuesto en el párrafo III de los Principios Fundamentales del CEM, que recomienda buenas condiciones de trabajo para el ejercicio de la medicina²⁰. Ese escenario genera insatisfacción en los usuarios. Sin embargo, el estrés y la frustración recaen menos en los médicos y más en otros profesionales que tienen contacto directo y prolongado con los pacientes, especialmente los enfermeros que trabajan en la clasificación de riesgo o en la sala de medicamentos.

Debido al limitado tiempo de consulta de los hiperfrecuentadores, la poca cantidad de procedimientos requeridos en estos casos y la misma rotación del régimen de trabajo en turnos, los médicos de guardia y residentes, en comparación con otros trabajadores citados, están más distantes de estos usuarios. También se debe considerar que el médico entra en escena para satisfacer un deseo del hiperfrecuentador, que logra su objetivo después de muchas dificultades, lo que también contribuye a la sobrevaloración de la relación médico-paciente, incluso si tal relación ocurre precariamente, en consultas que pueden durar menos de un minuto, como se evidencia en la investigación.

El HSP, a su vez, presenta una singularidad directamente relacionada con el acceso a la sala de urgencias. Durante mucho tiempo, el hospital se ha mantenido en una situación financiera crítica, lo que impone la necesidad de recaudar fondos gubernamentales. En los últimos años, sin embargo, con el agravamiento de la crisis económica, esta situación alcanzó su punto álgido, teniendo como principal consecuencia el inminente cierre de la sala de urgencias. En 2017, con el fin de evitar la discontinuidad del servicio, se estableció una asociación entre la institución mantenedora del hospital y la ciudad de São Paulo para certificar el servicio de urgencia como Unidad de Pronto Atención (UPA 24h).

Con esta asociación, fue posible continuar la operación del HSP, con recaudación de fondos adicional. Sin embargo, esta medida obligó a la SU-HSP a atender emergencias de baja y media complejidad, además del rol de referencia a otros servicios de la región que siempre ha desempeñado. Por lo tanto, es innegable que el escenario favorece la mala interpretación de la función del servicio, en vista de su designación como UPA. Algunos pacientes entrevistados dijeron que buscaron la SU-HSP precisamente porque la ubicación se describe e identifica como UPA. Además, los propios empleados del HSP se sienten confundidos al referirse al grado de especialización de la sala de urgencias, ya que muchos todavía la consideran una sala de urgencias de alta complejidad.

Consideraciones finales

Los resultados de este estudio permitieron identificar la tensa relación entre médicos y pacientes hiperfrecuentadores de bajo riesgo clínico en los

SUH. La hiperutilización es un problema complejo, que genera conflictos ético-profesionales principalmente por prejuicios, ya que los médicos entienden que esos usuarios frecuentan excesivamente los servicios con quejas irrelevantes, utilizando recursos que deberían destinarse a pacientes más graves.

Al interpretar el fenómeno de esta manera, los profesionales estigmatizan a sus pacientes y dan margen al incumplimiento de los preceptos éticos establecidos en el CEM. El uso excesivo de bajo riesgo de los SUH también agrava el hacinamiento y la falta de recursos y revela la dificultad de otros niveles de atención – como la atención primaria y las especialidades – para garantizar que los pacientes sean monitoreados de manera eficiente.

Al discriminar al hiperfrecuentador de bajo riesgo, el médico puede incumplir el deber de respetar y tratar a su paciente con el máximo celo. Sin embargo, paradójicamente, los hiperfrecuentadores se sienten acogidos y bien tratados en los SUH, por lo que a menudo regresan, en particular porque no están satisfechos con las UBS, que no ofrecen consultas y acceso a las especialidades en el tiempo y la calidad demandados por esos pacientes. Así, se observa que los hiperfrecuentadores son protagonistas que elaboran sus mapas de atención a pesar de los flujos regulatorios e insuficiencias del SUS, aunque esto no necesariamente signifique una mejor atención.

Debido a que fue realizado en un hospital universitario de referencia para el SUS, considerado de excelencia, el estudio tiene límites que no permiten generalizar los hallazgos. Sería importante que otros estudios sobre el tema investiguen servicios con características diversas, ampliando la discusión de los resultados para llegar a los usuarios y sus familiares, estudiantes, residentes, médicos y otros profesionales de la salud, además de los gestores del SUS, indagando sobre la organización del sistema de salud, el funcionamiento de los SUH, las competencias y límites de la atención primaria, la regulación del acceso y las cuestiones éticas involucradas.

Se destaca el carácter universal de los hiperfrecuentadores y el uso inadecuado de los servicios de salud en los diversos niveles de atención. Una mejor comprensión de este uso inadecuado puede ampliar el enfoque en la atención integral en los sistemas de salud, y el servicio de emergencia es crucial para lograr este objetivo. Reconocer el problema de la hiperutilización conduce al desarrollo de perspectivas, acciones y políticas capaces de impactar en todo el sistema de salud.

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 8 jul 2011 [acesso 28 jan 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2UjN4Lv>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS [Internet]. 2019 [acesso 28 jan 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3B5hv8S>
3. Gnumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* [Internet]. 1993 [acesso 15 jan 2019];83(3):372-8. DOI: 10.2105/ajph.83.3.372
4. Massachusetts. Division of Health Care Finance and Policy. Non-emergent and preventable ed visits, FY05 [Internet]. Boston: Division of Health Care Finance and Policy; 2007 [acesso 15 jan 2019]. (Analysis in Brief; 11). Disponível: <https://bit.ly/3BanYiM>
5. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: a systematic review of international healthcare systems. *Health Policy* [Internet]. 2016 [acesso 15 jan 2019];120(5):452-61. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.02.006
6. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2010 [acesso 15 jan 2019];56(1):42-8. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2010.01.032
7. Kne T, Young R, Spillane L. Frequent ED users: patterns of use over time. *Am J Emerg Med* [Internet]. 1998 [acesso 16 jan 2019];16(7):648-52. DOI: 10.1016/s0735-6757(98)90166-8
8. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2003 [acesso 16 jan 2019];10(4):320-8. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2003.tb01344.x
9. Duope MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, Derksen S. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2012 [acesso 16 jan 2019];60(1):24-32. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2011.11.036
10. Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing Emergency Department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med* [Internet]. 2013 [acesso 16 jan 2019];44(3):717-29. DOI: 10.1016/j.jemermed.2012.08.035
11. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daeppen JB, Peytremann-Bridevaux I, Bodenmann P. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2011 [acesso 20 jan 2019];58(1):41-52. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2011.03.007
12. Huang JA, Tsai WC, Chen YC, Hu WH, Yang DY. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2003 [acesso 20 jan 2019];102(4):222-8. Disponível: <https://bit.ly/36LwPtb>
13. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Goransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2001 [acesso 20 jan 2019];37(6):561-7. DOI: 10.1067/mem.2001.111762
14. Cook LJ, Knight S, Junkins EP Jr, Mann NC, Dean JM, Olson LM. Repeat patients to the emergency department in a statewide database. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2004 [acesso 20 jan 2019];11(3):256-63. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2004.tb02206.x
15. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2006 [acesso 20 jan 2019];48(1):1-8. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2005.12.030
16. Cunha MBMRL. Hiperutilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira [dissertação] [Internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2011 [acesso 20 jan 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2UKCQqK>
17. Ovens HJ, Chan BTB. Heavy users of emergency services: a population-based review. *CMAJ* [Internet]. 2001 [acesso 20 jan 2019];165(8):1049-50. Disponível: <https://bit.ly/3enKOda>

18. Hackenschmidt A. Should access to emergency departments be limited for “frequent fliers”? *J Emerg Nurs* [Internet]. 2003 [acceso 20 jan 2019];29(5):486-8. DOI: 10.1016/S0099-1767(03)00284-8
19. Dick T. Frequent flyer: Loneliness is an emergency, when it's yours. *Emerg Med Serv* [Internet]. 2004 [acceso 24 jan 2019];33(12):68. Disponível: <https://bit.ly/3koD5PG>
20. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 [Internet]. Brasília: CFM; 2019 [acceso 24 jan 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3ihhCyo>
21. Malone RE. Almost “like family”: emergency nurses and frequent flyers. *J Emerg Nurs* [Internet]. 1996 [acceso 25 jan 2019];22(3):176-83. DOI: 10.1016/S0099-1767(96)80102-4
22. Smith M. How's your frequent flyer program? *EMS Mag* [Internet]. 2007 [acceso 25 jan 2019];36(7):25. Disponível: <https://bit.ly/2U7Mjp3>
23. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.077/14. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho [Internet]. Brasília: CFM; 2014 [acceso 25 jan 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3ekhu7e>
24. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 59, 13 jun 2013 [acceso 15 jul 2021]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/3eoUjJ0>
25. Conselho Federal de Medicina. 2019. p. 15.
26. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acceso 17 jan 2020];34(8):e00056917. DOI: 10.1590/0102-311X00056917
27. Reis AAC, Soter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acceso 17 jan 2019];22(4):1045-54. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016
28. Cecílio LCO, Lacaz FAC. *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
29. Cecílio LCO, Carapineiro G, Andrezza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM *et al*. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acceso 20 jan 2020];30(7):1502-14. DOI: 10.1590/0102-311X00055913


Gabriela Rodrigues da Silva – Estudante de grado – grsilva@unifesp.br

 0000-0001-9378-4219

Deize Grazielle Conceição Ferreira Feliciano – Estudante de grado – deizefeliciano1@gmail.com

 0000-0002-4407-6379

Arthur Chioro – Doctor – arthur.chioro@unifesp.br

 0000-0001-7184-2342

Correspondencia

Gabriela Rodrigues da Silva – Rua Botucatu, 730, 4º andar, Vila Clementino CEP 04023-900. São Paulo/SP, Brasil.

Participación de los autores

Los autores contribuyeron igualmente a la concepción y planificación del estudio, análisis e interpretación de los datos, redacción del trabajo y aprobación de la versión final del artículo.

Recibido: 4.8.2020

Revisado: 27.4.2021

Aprobado: 4.5.2021