

Artículo original

Hiperfrecuentación e inmigración en los servicios de Atención Primaria en Cartagena, España

Primary health care services in Cartagena, Spain, overuse and immigration

Muñoz Ureña Alfonso M.,¹ Guillén Pérez José J.,² Fontcuberta Martínez Julio,³

Manrique Medina Ruth,¹ Pérez Aguilar Francisco,¹ Barragán Pérez Alberto.³

Resumen

Objetivos: describir el perfil del paciente hiperfrecuentador. Analizar el uso de los servicios médicos de Atención Primaria, coincidiendo con el fenómeno de inmigración. **Métodos:** estudio descriptivo retrolectivo, realizado en 2007. Tamaño muestral de 218,968 personas mayores de 14 años, muestreo multietápico. Se registraron: número de visitas realizadas, edad, sexo, motivos de consulta, lugar de nacimiento. Se considera hiperfrecuentador al individuo que acude a consulta en número superior a dos desviaciones estándar por encima del promedio de visitas realizadas por persona. **Resultados:** se contabilizaron 1,088,817 consultas. Cada persona acudió 4.97 ocasiones; los varones asistieron aproximadamente 40% menos que las mujeres. La población mayor de 65 años duplica la demanda de los más jóvenes. La población autóctona asistió a consulta 1.5 más veces que la inmigrante. 6,259 (2.86%) pacientes son hiperfrecuentadores y realizaron 204,291 (18.76%) consultas. 3.22%(5,837/181,254) de la población es hiperfrecuentador, 1.07%(405/37,713) es inmigrante. El perfil del paciente hiperfrecuentador es mujer de edad media-alta, nacionalidad española, que consulta sobre todo por enfermedades crónicas y patología respiratoria. **Conclusiones:** edad, sexo, necesidad de salud y lugar de nacimiento son factores a considerar en la oferta sanitaria. La población inmigrante usa menos los servicios sanitarios, en esto influyen la edad y las distintas necesidades de salud.

Abstract

Objectives: to describe the patient's profile whose over demanding the services of Primary Care medical services, coinciding with the immigration phenomenon. **Methods:** a descriptive study made in 2007. The selected sample was of 218,968 people over 14 years, with multistage sampling. It was measured: number of visits, age, sex, reasons of consultations and place of birth. It was considered an over use of the services those patients who have two deviations over the standard average per person. **Results:** There were 1,088,817 consultations. Each

person visited the doctor's office 4.97 times; men attended 40% less than women. Population over 65 years old double the demand of the younger population. Spanish people consulted a doctor 1.5 times more than an immigrant. 6,259 (2.86%) of the patients over used the services and they went 204,291 (18.76%) times for consultations. 3.22% (5,837/181,254) of the population over used the health care services, 1.07% (405/37,317) were immigrants. The patient's profile who is over using the services for chronic diseases and respiratory pathology is: women, upper middle-age and of nationality Spanish. **Conclusions:** age, sex, health needs and place of birth are important issues to be considered in the provision of health services. Immigrants use less times the health services, this influences age and health needs.

Introducción

En España, el grado y las características de la utilización de los servicios sanitarios son objeto de análisis.¹⁻⁴ Existen intentos por definir al utilizador responsable del uso de una proporción de la oferta sanitaria dirigida a la población. Los motivos por los cuales una persona consulta un médico de Atención Primaria van más allá de la carga de morbilidad que pueda estar sufriendo.^{5,6}

Existen incrementos de 17% en la demanda asistencial para un mismo número de habitantes, generando problemas de costos,

Palabras clave: utilización, atención primaria de salud, inmigración, hiperfrecuentación.

Key Words: Use, Primary Health Care, immigration, over use.

¹Unidad docente de medicina familiar y comunitaria Cartagena-San Javier, Gerencia Atención Primaria Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

²Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

³Gerencia Atención Primaria Cartagena, Servicio Murciano de Salud.

Correspondencia:

Muñoz Ureña Alfonso Miguel alfonso.munos@car.m.es

Aten Fam 2010; 17(1):4-9.

demoras en la cobertura de servicios, desencuentro entre oferta-expectativas, dudas sobre costo-efectividad, equidad, calidad de los servicios y alta presión asistencial, siendo la de España una de las más altas de Europa.⁷⁻⁹ Algunos servicios públicos comienzan a abandonar el sistema de provisión basado en necesidades y recursos para aplicar un enfoque de “tratamiento de la demanda”.¹⁰⁻¹³

El crecimiento de la demanda se relaciona con múltiples factores, cuya influencia se explica por modelos centrados en las características del individuo o en la interacción de redes sociales.¹⁴ Según algunos autores, las características de la población explican 50% de las variaciones de utilización, y el otro 50%, factores del profesional y la organización.¹² En cambio, otros autores atribuyen 82% de la frecuentación a la edad y estado de salud.¹⁵ Estas diferencias, unidas a variaciones de diseño y rigor metodológico en los estudios, hacen necesario conocer las características de cada población y de su sistema de provisión de servicios, para así diseñar estrategias de utilización de la demanda que garanticen su calidad y sustentabilidad.⁶

El área de salud II de la región de Murcia aumentó su población (21% en los últimos 5 años), sobre todo la *inmigrante*. Debido a que el fenómeno de inmigración es muy reciente, todavía es escasa la bibliografía médica publicada sobre este tópico destinada a valorar estos aspectos.¹⁶ Conocer su comportamiento como usuarios de la sanidad pública parece necesario y justificado para poder establecer y diseñar políticas ajustadas a las necesidades presentes y futuras del sistema sanitario.

Con este trabajo se pretende conocer y analizar el uso que la población hace de la atención primaria, en un momento de aumento de demanda asistencial, con aparición de listas de espera prolongadas que coinciden con el fenómeno de inmigración. También se intenta describir el perfil

del paciente hiperfrecuentador dentro de este contexto.

Material y métodos

Tipo de estudio: estudio descriptivo retrolectivo, realizado durante el 2007. **Ámbito y población de estudio:** El área de salud de Cartagena, España, constituye la número dos de las seis áreas en que está dividida esta Región. Existen 345,487 habitantes con registro de tarjeta sanitaria individual, de los cuales 297,754 corresponden a población mayor de 14 años. Esta área, a su vez, se divide en 20 zonas básicas de salud, 13 de ellas son de características urbanas y siete rurales, con un total de 178 Unidades Básicas de Atención Médica (UBAM) en 2007.

Para llevar a cabo el estudio se seleccionó una muestra de 218,968 personas mayores de 14 años, de 131 unidades básicas de atención médica de 17 zonas básicas de salud (tabla 1), realizándose un muestreo multietápico. A través del Departamento de Informática de la Gerencia de Atención Primaria, Cartagena, se recogieron los datos de la actividad asistencial de todo el año, correspondiente a las 131 unidades básicas de atención médica que disponían registro informatizado. El Departamento de Tarjeta sanitaria de la misma Gerencia facilitó los datos de población existente. El tamaño muestral seleccionado, 73.59% de la población total adscrita a los centros de salud del área y 73.50% del total de las poblaciones adscritas a unidades básicas de atención médica, proporciona una gran representatividad de la población.

Variables del estudio: población mayor de 14 años adscrita a los profesionales de la zona de salud de forma anual. Población total desagregada por sexo. Población total por grupo etario (de 14 a 64 años y mayores o igual a 65 años). Población total según lugar de nacimiento: Murcia, otras comunidades autónomas, Europa, América, Asia, África, Oceanía. Número total de consultas realizadas en el área de salud, de forma global y desagregada por cada uno de los grupos poblacionales descritos en las variables anteriores. Tipo de población: rural o urbana (según ordenación del territorio del Sistema Nacional de Salud).¹⁷ Paciente Hiperfrecuentador: persona que acude a consulta más dos desviaciones estándar que el promedio. Motivo de consulta según códigos CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria).

Los datos recogidos se analizaron y se obtuvieron resultados de frecuencias y el promedio de consultas con la correspondiente desviación típica. Para cada grupo poblacional se determinó el promedio de visitas, realizando una estandarización por método indirecto en la comparación población español-

Tabla 1. Tipo de centro de salud y número de población adscrita a UBAM por zonas básicas de salud del área II de la Región de Murcia

Nombre zona de salud	Tipo de centro de salud	Número de UBAM en estudio
Cartagena-Molinos Marfagones	Rural	1
Fuente Álamo	Rural	7
Pozo Estrecho	Rural	
Santa Lucía	Rural	3
Cartagena-Mar Menor	Rural	4
Los Alcázares	Rural	5
Cartagena-La Manga	Rural	2
Cartagena-Isaac Peral	Urbano	
Cartagena-Casco	Urbano	11
Cartagena-Los Dolores	Urbano	14
Cartagena-Los Barreros	Urbano	5
Cartagena-Este	Urbano	9
Cartagena-Oeste	Urbano	10
San Antón	Urbano	9
La Unión	Urbano	8
Mazarrón	Urbano	8
San Pedro del Pinatar	Urbano	11
San Javier	Urbano	14
Torre Pacheco	Urbano	10
Puerto de Mazarrón	Urbano	
Total UBAM		
	Urbano	109
	Rural	22

la/inmigrante para evitar el sesgo debido a la estructura diferente de cada una de ellas. Para conocer las diferencias existentes entre las distintas categorías de las variables (sexo, grupo etario, tipo de centro y lugar de nacimiento) respecto al promedio de visitas realizadas por persona, se calculó el riesgo relativo con su respectivo intervalo de confianza, con un nivel de significación de 95% (ic95%). También se analizaron las diferencias de edades en los grupos, mediante análisis bivalente, ANOVA y t-student para muestras independientes incluyendo un análisis post-hoc con HSD de Tukey y Bonferroni.

Para poder describir al paciente poli o hiperfrecuentador existen trabajos con diferentes metodologías. En este estudio coincidimos con algunos autores en definirlo como toda persona que acude a consulta, durante el periodo de estudio, dos desviaciones estándar por encima del promedio de visitas realizadas por persona.¹⁸⁻²⁰

Resultados

Se registraron 1,088,817 consultas en historia clínica informatizada durante el año 2007. Por lo tanto, una persona acudió a su médico en 4.97 ocasiones a lo largo del año. Sin embargo, el total de visitas registradas no se realizaron por el total de la población adscrita, 218,968 personas, sino por 69% de ésta, es decir, 150,381 personas acudieron al menos una vez a consulta con un médico de atención primaria. De esto se deduce que la

Tabla 2. Datos de población y número de visitas, según edad, sexo y lugar de nacimiento

	Número de personas con tarjeta sanitaria / %	Número total de visitas realizadas. (%)	Número total de visitas realizadas por persona
Sexo			
Varones	111,313/50.84%	416,660/38.27%	3.74
Mujeres	107,655/49.16%	671,479/61.67%	6.24
No registró		678/0.06%	
Total	218,968	1,088,817	
Sexo y grupo etario			
Varones 14-65 años	95,485/43.61%	285,076/26.18%	2.99
Mujeres 14-65 años	87,021/39.74%	469,212/43.09%	5.39
Varones ≥ 65 años	14,387/6.57%	131,397/12.07%	9.13
Mujeres ≥ 65 años	19,150/8.75%	201,988/18.55%	10.55
No registraron edad/varones	1,441/0.68%		
No registraron edad/mujeres	1,484/0.68%		
No registró edad/sexo		1,144/0.11%	
Total	218,968	1,088,817	
Lugar de nacimiento			
Españoles	181,255/82.78%	949,507/87.21%	5.24
Inmigrantes	37,713/17.22%	133,097/12.22%	3.53
No registró		6,213/0.57%	
Murcia	149,237/68.15%	776,491/71.32%	5.20
Otras CCAA*	28,964/13.23%	173,016/15.89%	5.97
Europa	8,677/3.96%	30,596/2.81%	3.53
África	16,627/7.59%	48,665/4.47%	2.93
América	11,518/5.26%	51,721/4.75%	4.49
Asia	798/0.36%	2,109/0.19%	2.64
Oceanía	16/0.01%	6/0.001%	0.38
No registró	3,131/1.43%	6,213/0.57%	
Total	218,968	1,088,817	
Tipo de centro de salud			
Población rural española	31,171/14.24%	152,871/14.04%	4.90
Población rural inmigrante	6,585/3.01%	32,871/3.02%	4.99
Población urbana española	150,084/68.54%	796,636/73.17%	5.31
Población urbana inmigrante	31,128/14.22%	100,226/9.21%	3.22
No registró		6,213/0.57%	
Total	218,968	1,088,817	

* CCAA: Comunidades autónomas

población que realmente usó los servicios de consulta médica, lo realizó en 7.24 ocasiones por persona/año, con una desviación estándar de 7.15. Los hombres acudieron aproxima-

damente 40% menos que las mujeres; en la tabla 2 se pueden observar los datos de población y el número de visitas realizadas por cada grupo poblacional según edad, sexo y lugar de nacimiento. La edad media de la población mayor de 14 años que acude a las consultas de atención primaria es de 51.46 (51.51-51.41) años, sin existir diferencias por sexo.

Lugar de nacimiento.

La población con nacionalidad española consultó 1.5 veces más que la población inmigrante, como puede comprobarse en las tablas 2 y 3. Dentro de la población inmigrante los de origen americano son los que más acudieron a consultas con 4.49 visitas por persona.

En la tabla 4 se compara la población inmigrante con la española, mediante un método de estandarización indirecta; se puede observar que la población española es la que más consulta, sin embargo, las mujeres inmigrantes menores de 65 años se igualan en el número de visitas con las mujeres españolas de su misma edad.

Perfil del paciente hiperfrecuentador.

Como se indica en la descripción de los resultados, considerando la población que realmente hace uso de la consulta del médico de atención primaria, cada persona acudió 7.24 ocasiones al año, con una desviación

estándar de 7.15. En este estudio toda persona que sale de la distribución normal en cuanto al número de visitas, la definimos

como paciente hiperfrecuentador, el cual será el que tenga un registro de más de 21.54 visitas al año. Según este concepto, en el área de salud de Cartagena existieron 6,259 pacientes hiperfrecuentadores, 2.86% del total de la población adscrita mediante tarjeta sanitaria; 4,337 (69.29%) fueron mujeres, lo que supone 4.03% (107,665) del total de mujeres incluidas en el estudio. El número de hombres hiperfrecuentadores no supera 1.73% (111,313) del total de varones incluidos en el estudio. La edad media del paciente hiperfrecuentador fue de 62.34 (62.30-62.38) años. Observamos diferencias significativas ($p < 0,001$) en la edad de las mujeres hiperfrecuentadoras, 61.09 (61.04-61.14) años, frente a la edad del varón hiperfrecuentador que es de 65.10 (65.04-65.16) años.

Los hiperfrecuentadores realizaron 204,291 (18.76% del total de consultas efectuadas). Los principales motivos de consulta fueron los siguientes:

1. Hipertensión Arterial (CIAP K86): 11.928 (5.8%) consultas.
2. Diabetes mellitus (CIAP T90): 10,883 (5.3%).
3. Infección respiratoria alta (CIAP R74): 9,560 (4.7%).
4. Consulta sin enfermedad (CIAP A97): 9,168 (4.5%).
5. Infección del tracto urinario (CIAP U71): 4,319 (2.1%).
6. Dislipemia (CIAP T93): 4,033 (2.0%).
7. Artrosis/Artritis degenerativa (CIAP I99): 3,992 (2.0%).
8. Depresión (CIAP P76): 3,864 (1.9%).
9. Bronquitis aguda (CIAP R78): 3,632 (1.8%).
10. Lumbociática (CIAP L86): 3,407 (1.7%).

Como se señaló con anterioridad, una peculiaridad de este trabajo es el estudio de los distintos registros teniendo en cuenta el factor lugar de nacimiento. Así, 3.22% (5,837/181,254) de la población española adscrita al área de Cartagena

son pacientes hiperfrecuentadores, alcanzando 1.07% (405/37,713) en la población inmigrante. Considerando la nacionalidad de origen, 3.08% (4,597/149,237) de los pacientes que han nacido en la Región de Murcia son hiperfrecuentadores; 4.28% (1,240/28,964) proceden de otras comunidades autónomas de España; 1.12% (97/8,677) nacieron en Europa; 0.97% (162/16,627) provienen de población africana; 1.25% (144/11,518) nacieron en el continente americano y, por último, 0.25% (2/798) de los nacidos en Asia son pacientes hiperfrecuentadores.

La edad media de población española hiperfrecuentadora es de 63.40 (63.37-63.44) años, superior a la de la población inmigrante hiperfrecuentadora, 46.28 (46.13-46.43) años. La diferencia de edad encontrada entre estos dos grupos es estadísticamente significativa, $p < 0.001$. Sin embargo, la población inmigrante hiperfrecuentadora procedente de Europa tiene una edad media superior a la del resto: 60.00 (59.71-60.28) años.

Finalmente, los principales motivos de consulta realizados por los pacientes hiper-

frecuentadores según su localidad de origen y sexo, quedan reflejados en la tabla 5.

Discusión

Analizando los resultados obtenidos en este estudio, el promedio de visitas por persona es de 4.97, cifra similar a la encontrada por otros autores nacionales e internacionales: El Valle (Jaén) 4.84; INSALUD 5.2; Francia 4.7 y Estados Unidos 4.8.²¹ La proporción de la población que no acude al menos una vez al médico es similar a la encontrada en otros estudios,^{21, 22} lo que indica que un elevado número de personas ha utilizado el servicio sanitario.

La edad media de la población que acude a consulta con el médico de familia es media-alta. Las mujeres consultan más que los hombres, por lo que el sexo es un factor condicionante en el uso de los servicios sanitarios, coincidiendo con la revisión sistemática realizada por Mendoza-Sassi,⁵ lo que podría apoyar las tendencias de enfocar la salud con una desagregación por sexo. Sin embargo, al ajustar por edad, el grupo etario mayor de 65 años es el que más utilizó los servicios sanitarios, reduciéndose la diferencia entre los dos grupos de la variable sexo, es decir, los hombres tienden a la equidad en accesibilidad a la consulta de atención primaria respecto a las mujeres. Por lo tanto, la edad es otro factor condicionante de la utilización de los servicios sanitarios.^{1, 21, 22} Además de las necesidades en salud que puedan ser motivadas por la edad, esta tendencia a equiparar el grupo de hombres y mujeres podría precisar un estudio sobre la influencia en este fenómeno de factores como los educacionales y laborales.

Un aporte importante de este trabajo, que complementa trabajos con objetivos similares, es considerar el factor de la inmigración e indicar que la población inmigrante no realiza más visitas que la población autóctona, a diferencia de lo descrito por algunos autores,¹⁶ sin embargo, coincidente con otros es-

Tabla 3. Relación (riesgo relativo) entre el número de visitas realizadas y las distintas categorías de las variables

Variables	Riesgo relativo	Intervalo de confianza 95%
Sexo		
Mujeres frente a varones	1.67	1.65-1.68
Sexo y grupo etario		
Mujeres 14-65 años frente a varones 14-65 años	1.81	1.79-1.83
Mujeres ≥ 65 años frente a varones ≥ 65 años	1.15	1.13-1.18
Lugar de nacimiento		
Inmigrantes frente a españoles	0.67	0.67-0.68
Otras CCAA* frente a nacidos en Murcia	1.15	1.13-1.16
Europa frente a nacidos en Murcia	0.68	0.66-0.69
África frente a nacidos en Murcia	0.49	0.48-0.50
América frente a nacidos en Murcia	0.75	0.73-0.77
Asia frente a nacidos en Murcia	0.69	0.54-0.64
Oceanía frente a nacidos en Murcia	0.11	0.04-0.28

* CCAA: Comunidades autónomas

tudios poblacionales y la revisión sistemática de Mendoza-Sassi.⁵ Al analizar este factor observamos que la población inmigrante es más joven que la autóctona e incluso existen más varones en la estructura de la población inmigrante que en la estructura de la población autóctona, hecho que influye en el uso de los servicios sanitarios, como puede comprobarse al ajustar el número de visitas realizadas por edad y sexo. En este ajuste comprobamos que, las diferencias en el número de consultas realizadas por persona entre los distintos grupos etarios tienden a aproximarse, asimismo las mujeres inmigrantes menores de 65 años llegan a realizar prácticamente las mismas visitas que las autóctonas del mismo grupo etario. Este resultado sería susceptible de un mayor análisis e incluso mediante estudios cualitativos, poder estudiar factores relacionados como los psicosociales.

Finalmente, la definición de hiperfrecuentador en este estudio incluye a la persona que en realidad hace uso de los servicios sanitarios fuera de la normalidad, por lo que el número de visitas que lo define, más de 22, puede ser algo superior al encontrado en otros trabajos.^{21,22} Cabe señalar que no

se ha estratificado por edades ni por otras variables como podrían ser los motivos de consulta, tal y como recientemente proponen grupos de trabajo en esta materia, ya que lo que se pretende es conocer el uso de los servicios sanitarios, así como los factores relacionados con la realidad del médico en su consulta.²³

El perfil del paciente hiperfrecuentador de nuestra área de salud, en un intento por dar respuesta al último objetivo establecido en este trabajo, podría describirse como paciente mujer, de edad media alta (61 años), de nacionalidad española, que consulta sobre todo por Hipertensión Arterial, Diabetes e Infección respiratoria alta. El perfil descrito coincide con resultados encontrados en trabajos de otros autores,^{19,20} aunque la edad es ligeramente superior y el promedio de visitas es más elevado. Es de destacar que entre los principales motivos de consulta predomina la existencia de enfermedades crónicas.²⁰ Podemos decir que la “necesidad de salud” es un factor a considerar en el uso de los servicios sanitarios.¹

Es necesario subrayar la diferencia de edad encontrada, son más las mujeres

jóvenes hiperfrecuentadoras que los hombres que acuden a consulta.^{18,20} Este hecho puede estar motivado por distintos factores sociales y culturales, sin embargo, el factor laboral podría ser el principal, ya que la edad media del hombre hiperfrecuentador se aproxima a la edad establecida para la jubilación.

En cuanto a los motivos de consulta predominan las enfermedades crónicas, destaca el elevado número de consultas registradas como consulta sin enfermedad.²² No obstante, los motivos de consulta de la población inmigrante no europea es mayor por problemas agudos.

Conclusiones

La edad y el sexo son factores condicionantes en la utilización de los servicios sanitarios, pero existen otros factores que deben tomarse en cuenta, como el lugar de nacimiento, la socialización, necesidad de salud, situación laboral e incluso otros no estudiados en este trabajo, como puede ser el perfil del médico. Por lo anterior y por los resultados obtenidos, edad, sexo y lugar de nacimiento son factores a tener en cuenta en el diseño de la oferta sanitaria que se realiza tanto al cliente externo (pacientes) como al cliente interno (profesionales sanitarios).

Una limitación del estudio puede ser el trabajar directamente con el registro de historias clínicas, ya que los resultados dependen del correcto registro del episodio por parte del médico. Sin embargo, y en contra de lo reflejado por otros autores, se obvió utilizar el listado de pacientes citados en agenda, porque el número de pacientes que no acuden a la cita sesgaría la información, quedando el registro en la historia informatizada como único testigo de dicha visita.

Edad y sexo, como se indicó anteriormente, son factores determinantes en el uso del sistema sanitario, por lo que en la creación y diseño de las unidades básicas de atención médica, Centros de salud y en los distintos servicios sanita-

Tabla 4. Comparación entre el número de visitas realizadas por la población inmigrante frente a la población española, mediante el método de estandarización indirecta

	Número de personas	Número de visitas		Número de personas	Número de visitas		Estandarización indirecta
Varones españoles 14-65 años	72,596	238,025	3.28	Varones inmigrantes 14-65 años	22,012	48,733	2.21
Varones españoles ≥65 años	14,972	122,297	8.17	Varones inmigrantes ≥65 años	1,075	5,319	4.95
Mujeres españolas 14-65 años	73,481	398,405	5.42	Mujeres inmigrantes 14-65 años	13,751	73,273	5.33
Mujeres españolas ≥ 65 años	20,205	190,781	9.44	Mujeres inmigrantes ≥65 años	875	5,772	6.60
	181,254	949,508	5.24		37,713	133,097	3.53
	Tasa (Número de visitas / nacionalidad española)			Tasa (Número de visitas / población inmigrante)			Tasa estandarizada (Número de visitas/población inmigrante)
							4.19

Tabla 5. Motivos de consulta más frecuentes realizados por pacientes hiperfrecuentadores, según sexo y lugar de origen durante 2007

Sexo	Lugar de nacimiento	CIAP	Número de consultas
Varón	Murcia	T90	3306
		K86	2801
		A97	2646
	CCAA	T90	856
		K86	714
		R74	552
	Europa	K86	89
		T90	57
		T82	36
	África	L02	78
		L03	76
		T90	67
	América	T90	58
		A97	42
		L03	35
	Asia	L99	16
		R81	6
		R74	1
Mujer	Murcia	K86	6340
		T90	5049
		R74	4984
	CCAA	K86	1658
		T90	1307
		R74	1164
	Europa	K86	112
		T90	69
		R74	68
	África	W78	232
		R74	176
		A97	100
	América	R74	195
		W78	94
		L01	79
	Asia	K86	7
		D06	3
		F13	2

rios, deberían considerarse prioritariamente. En la actualidad las unidades básicas de atención médica son creadas según el ratio poblacional: número de personas adscritas/médico, sin considerar otros factores, incluso la retribución monetaria del profesional sanitario está reflejada en esta situación. Por lo tanto, las unidades básicas de atención médica, de igual tamaño pero con distinta edad media y estructura por sexo, podrían tener diferente demanda asistencial, lo que puede ser motivo de insatisfacción de los profesionales.

Bibliografía

- Alonso E, Manzanera R, Varela J, Picas JM. Estudios observacionales de la demanda. *Aten Primaria* 1987; 4:148-54.
- García-Olmos L. Los estudios de utilización de servicios en la revista *Atención Primaria*. *Aten Primaria* 1994; 14:1118-26.
- Gómez-Calcerrada D, Hernández del Pozo F, Gómez-Berrocal M. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. *FMC* 1996; 3:229-42.
- Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit* 2003; 17(5): 412-419.
- Mendoza-Sassi R, Humberto J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Pública* 2001; 17(4):819-832.
- Banks M, Beresford S, Morrell D, Waller J, Watkins C. Factors influencing demand of primary medical care in women aged 20-44: preliminary report. *Int J Epidemiol* 1975; 4:189-195.
- Gervas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que un buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)* 2007; 128(14): 540-544.
- Simo J, Gervas J, Seguí M, Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con

T90: *Diabetes mellitus*
 K86: Hipertensión Arterial
 A97: Consulta sin enfermedad
 R74: Infección respiratoria alta
 W78: Embarazo confirmado
 T82: Obesidad
 L02: Dorsalgia
 L03: Lumbalgia
 L99: Artrosis/Artritis
 R81: Neumonía
 L01: Cervicalgia
 D06: Epigastralgia
 F13: Anomalia ojo

el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. *Aten Primaria* 2004; 34:472-81.

- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br J Psychiatry*. 2002; 180:248-53.
- Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria* 2004; 33:69-77.
- Bellon J. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria* 2006; 38: 293-8.
- Brugos A, Guillen M, Giménez C, Fernández F. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria* 2003; 32:23-9.
- Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract* 2002; 19:251-6.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
- Arnal JM, Amorin MJ, Castanc Y. Análisis cartográfico de la utilización de atención primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7:73-84.
- Soler-González J, Serna C, Rué M, Bosch A, Ruiz MC, Gervilla J. Utilización de recursos de atención primaria por parte de inmigrantes autóctonos que han contactado con los servicios asistenciales de la ciudad de Lleida. *Aten Primaria* 2008; 40(5): 225-233.
- Sánchez JA, Martínez V, Campayo FJ. Inventario de recursos en Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Murcia, 1990.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, et al. Influencia de la edad y el sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit* 1995; 51:343-6.
- Rubio ML, Adalid C, Cordon F, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Prim* 1998; 22:627-30.
- Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004;33(2):78-85.
- Segovia A, Pérez C, Torio J, García MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1998; 22: 562-569.
- Hernández A, De Dios R, Franco A, Tena G, Grueso E, Muedra M. Características de la asistencia a la población inmigrante en un centro de salud. *SEMERGEN, Soc Esp Med Rural Gen* 2004; 30(9): 431-436.
- Vicente LD, Serrano A y Grupo DASMAR. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria* 2008; 40 (12):631-632.