

La utilización de servicios de salud y las medidas para la sostenibilidad de la Comunidad de Madrid

Health services utilization and the measures for the sustainability of the Community of Madrid

Sr. Director:

La Comunidad de Madrid ha planteado diversas medidas para contribuir a la sostenibilidad de su sistema sanitario¹. Una de ellas es el pago de un euro por receta, que se ha definido como «justa» y «disuasoria»². Otra es la externalización de servicios con un pago por capitación.

En el pago por capitación el financiador paga una cantidad por población atendida durante un periodo de tiempo. Los proveedores deben atender a la población asignada con dichos recursos. Este modelo traslada el riesgo financiero al prestador, al que genera el incentivo de minimizar la utilización. Se ha sugerido que este modelo fomenta la promoción y prevención y la colaboración entre proveedores, para reducir el uso de servicios asistenciales³.

Este estudio analiza la utilización de recursos sanitarios, medicamentos y visitas al especialista y al centro de salud, según el nivel de renta en una cohorte de población de Madrid. Se incluye la población mayor de 24 años con tarjeta sanitaria que acudió al menos una vez a alguno de los centros de salud de la antigua área 7 de Madrid en 2006. Esta población se sigue hasta 2011, utilizando la historia clínica informatizada OMI-AP⁴. A cada paciente se le imputa la

renta básica disponible territorializada según la zona básica de salud en la que reside⁵. La información analizada corresponde a 2006, excepto las visitas al médico de familia que son de los años especificados (tabla 1).

La base de datos consta de 227.984 pacientes. En las zonas de renta más alta hay más mujeres, la edad media es superior y hay un mayor porcentaje de personas de edad avanzada; pero tanto la prevalencia de enfermedades como la utilización de servicios (visitas, medicamentos o derivaciones a especialistas) es menor. La menor utilización de visitas se mantiene a lo largo de los 6 años analizados. En las zonas de menor renta hay más hombres, la edad media es menor, hay menos personas mayores de 75 años, pero hay una mayor prevalencia de enfermedades y mayor consumo de servicios. La mayor utilización se mantiene durante todo el periodo.

Según estos datos, la utilización de servicios está relacionada con la prevalencia de enfermedades y con el nivel socioeconómico. Por ello, gravar la prescripción de medicamentos con un euro tendría un mayor efecto sobre los grupos más desfavorecidos socialmente, que son aquellos con mayor prescripción de medicamentos y prevalencia de enfermedades. No parece que sea justo, y es incierto su efecto disuasorio. Respeto a la financiación capitativa sería necesario construir modelos de ajuste de riesgo para la asignación de recursos que incluyan no solo la edad, el sexo o la prevalencia de enfermedades, sino también medidas del nivel socioeconómico. No debería asignarse de forma simplista una cantidad fija por habitante. También sería fundamental garantizar la distribución equilibrada de riesgos en las poblaciones asignadas a los diversos proveedores, para evitar la selección adversa que genere

Tabla 1 Características de la población analizada, prevalencia de problemas de salud y utilización de servicios según niveles de renta disponible

	Renta bruta disponible (euros/habitante)			
	Baja-media (< 10.282,67)	Alta (10.282,67- 12.851,67)	Muy alta (> 12.851,67)	
% población	11,6	60,0	28,4	p < 0,000
% mujeres	55,0	57,2	61,3	p < 0,000
Edad ^a	51,5	53,0	53,1	p < 0,000
% > 74 años	14,2%	14,2%	17,5%	
Número de problemas de salud por paciente ^a	4,0	4,1	3,9	p < 0,000
% diabetes	8,3%	8,1%	6,7%	p < 0,000
% EPOC	2,6%	2,2%	2,1%	p < 0,000
% hipertensión	26,5%	26,6%	24,7%	p < 0,000
% depresión	8,3%	6,9%	6,6%	p < 0,000
Presión asistencial media del médico	37,2	36,4	30,2	p < 0,000
Citas con especialistas ^a	0,3	0,3	0,2	p < 0,000
Grupos terapéuticos prescritos ^a	4,6	4,6	4,2	p < 0,000
Visitas al médico familia 2006 ^a	8,2	8,3	7,9	p < 0,000
Visitas al médico familia 2007 ^a	8,1	8,1	7,7	p < 0,000
Visitas al médico familia 2008 ^a	7,9	7,8	7,5	p < 0,000
Visitas al médico familia 2009 ^a	7,5	7,5	7,1	p < 0,000
Visitas al médico familia 2010 ^a	7,0	7,1	6,7	p < 0,000
Número de casos	25.296	110.620	61.767	

^a Media.

cream skimming (selección de pacientes de bajo riesgo y evitación de pacientes de alto coste)⁶. En resumen, los datos no sugieren que estas medidas puedan contribuir a la sostenibilidad, pero sí que pueden amenazar la solidaridad y calidad de los servicios de salud.

Financiación

RETIC RD12/0001; FIS PI 06/1122 y PI09/1362.

Bibliografía

1. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPLAN+DE+MEDIDAS+SOSTENIBILIDAD.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311086279763&ssbinary=true> [consultado 14 Ene 2013].
2. <http://www.abc.es/local-madrid/20130103/abci-lasquetty-euro-receta-201301031125.html> [consultado 14 Ene 2013].
3. Cutler DM, McClellan M, Newhouse JP. How does managed care do it? *Rand J Econ.* 2000;31:526–48.
4. Martín Martínez MA, Carmona Alférez R, Prado Galbarro FJ, Sarria Santamera A. Incidencia y prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid: estudio mediante la historia clínica informatizada en atención primaria. *Gac Sanit.* 2013;27:284–5.

5. Instituto Regional de Estadística. Población según los estudios realizados por cada sexo. Censo de Población y Vivienda de 2001 [acceso 19 Nov 2009]. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/icenso01estu.htm>
6. Van de Ven WP, Beck K, Buchner F, Chernichovsky D, Gardiol L, Holly A, et al. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy.* 2003;65:75–98.

Antonio Sarria Santamera^{a,b,c,*},
María Auxiliador Martín Martínez^d,
Rocío Carmona Alférez^{a,c}, Javier Prado Galbarro^{a,c}
y Pedro Serrano Aguilar^{c,e}

^a Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^c Red de Investigación en Servicios, Red de Servicios de Salud Orientados a Enfermedades Crónicas (REDISECC)

^d Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología

^e Servicio de Evaluación y Planificación, Servicio Canario de Salud, Santa Cruz de Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asarria@isciii.es (A. Sarria Santamera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.018>

Salud cardiovascular en pacientes inmigrantes en España

Cardiovascular health in immigrant patients in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con mucha atención el artículo¹ *Evolución del riesgo cardiovascular de los inmigrantes residentes en España según procedencia y años de estancia* publicado en ATENCIÓN PRIMARIA recientemente.

Se ha descrito que los inmigrantes podrían tener estilos de vida más saludables que los residentes nacidos en España², y ya que durante años hemos sido un país receptor de inmigración sería importante analizar el riesgo en esa población inmigrante y ver si posteriormente se modifica con el paso de los años en el país de acogida.

La conclusión del citado estudio¹ es que el riesgo cardiovascular (RCV) de todos los colectivos de inmigrantes analizados aumenta con los años de estancia en España, llegando los latinoamericanos a superar incluso el RCV de los españoles.

Nosotros realizamos un estudio³ que incluyó 167 pacientes magrebíes mediante muestreo consecutivo desde enero de 2005 a diciembre de 2006. El objetivo fue valorar la prevalencia de factores de RCV (FRCV) en la población inmigrante magrebí adscrita al Área Básica de Salud. La conclusión fue que la población inmigrante magrebí del estudio

presentaba una prevalencia de FRCV diferente a la obtenida en estudios poblacionales realizados en Marruecos, con una clara tendencia a parecerse a la de la población española de acogida.

Si analizamos los resultados obtenidos por Lozano Sánchez et al.¹ en el subgrupo de pacientes norteafricanos con una estancia en nuestro país inferior a 8 años, y los comparamos con los obtenidos en nuestro estudio con una estancia media de 4 años (P25-75, 2-6), es relevante hacer algunas observaciones. Ambos se realizaron en Centros de Atención Primaria y comparten diversas características: una población adscrita similar, 27.000 por 28.000 habitantes; número de participantes, 130 inmigrantes norteafricanos por 167 inmigrantes magrebíes; y edad media $39,3 \pm 0,94$ años frente a $36,79 \pm 11,4$. Las variables estudiadas se comparan en la [tabla 1](#). Es remarcable la diferencia en la prevalencia de fumadores, 6,5% frente a 25,75% en el nuestro, más cercana al 32,5% obtenido de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2009⁴, aunque no se especificaba la procedencia de los inmigrantes. La diferencia podría explicarse porque en nuestro estudio había más hombres, 59,88% por 40,22%, y el 40% de ellos fumaba por solo un 4,5% de mujeres.

Con respecto al estudio de Lozano Sánchez et al.¹ tenemos que hacer varias apreciaciones. Entre los registros analizados en el apartado de «Material y métodos» incluyeron la glucosa, pero no consta posteriormente en los resultados. Dan también porcentajes de sedentarismo, pero no hay una definición ni una mención en «Material y métodos». En concreto el 2,2% de la población norteafricana