
Utilización de servicios sanitarios públicos por la población flotante en Mallorca^(*)

Magdalena Esteva^a, Gaspar Tamborero^b,
Antoni Arias^c, Magdalena Seguí^d, Joan Llobera^e

^aEspecialista en Medicina Preventiva y salud Pública. Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Direcció de Planificació. Servei de Salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ^cAsist. Director de Consultoria. Barcelona. ^dLicenciada en Geografía. Gabinete Técnico. Servei de Salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca. ^eEspecialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Direcció General de Avaluació i Acreditació. Conselleria de Salut i Consum. Palma de Mallorca.

Resumen

Las islas Baleares son el destino turístico más importante de España, hecho que afecta al sector sanitario de las islas, ya que el turismo implica una población flotante que requiere de atención sanitaria. Nuestro objetivo es examinar el uso de servicios sanitarios públicos de Mallorca, tanto de Atención Primaria como hospitalarios, por la población flotante.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo: durante 12 meses se recogieron datos sobre demanda de servicios, por parte de la población no residente en el hospital de referencia. Estos datos se compararon con la actividad global del hospital. En Atención Primaria se compararon el número y características de las visitas al médico de familia por residentes y no residentes en las Baleares durante tres semanas correspondientes a la temporada alta, media y baja. Se estimaron los costes de los servicios efectuados.

Un total de 8.013 servicios hospitalarios fueron provistos a no residentes en las islas, siendo los más frecuentes las urgencias sin ingreso (6.484), un 5,8 % del total del hospital; ingresos (1.279) un 3,5 % del total; las estancias de no residentes representaron un 2,2 % de todas las estancias del hospital. En global, la estancia hospitalaria fue más corta entre los no residentes. En Atención Primaria las visitas de la población flotante fue de un 4,8 % de todas las visitas en las zonas turísticas y un 0,8 % en las zonas no turísticas ($p < 0,001$); las visitas fuera de circuito fueron un 6,5 % en zonas turísticas y un 3,6 % en zonas no turísticas ($p < 0,001$).

Conclusiones: el uso de servicios sanitarios públicos por parte de la población flotante de Mallorca, aunque no desproporcionado, merece atención. Este hecho debe ser considerado en la planificación y financiación de los servicios sanitarios de las zonas y centros afectados.

Palabras clave: Población flotante. Turismo. Utilización de servicios sanitarios. Atención Primaria. Hospital.

^(*)Este estudio fue financiado por una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo. Expediente N.º: 96/1677.

Summary

Background: the Balearic Islands are the most popular tourist destination in Spain, a fact that affects the islands' health sector, since tourism implies the presence of a transient population requiring health care. Our objective was to examine the use of public health services, in primary care facilities as well as hospitals, by the transient population of Mallorca.

Methods: a descriptive study was performed: For a period of 12 months, data were collected within the hospital on the demand for services by the non-resident population, and these data were then compared to figures for overall hospital activity. In primary care settings, the number of visits to the primary care physician by residents and non-residents of the Balearic Islands was compared. The analysis covered a total of three weeks during the high, middle, and low seasons. We estimated the costs of the services provided. A total of 8,013 in-hospital services were provided to non-residents of the islands, with the following services being the most common: emergencies not requiring hospital admissions (6,484), which were 5.8% of the hospital total; inpatient care (1,279), which were 3.48% of the total; non-resident hospital stays represented 2.2% of all hospital stays. Overall, the average length of stay was shorter among the non-resident population. In primary care facilities, regular visits on the part of the transient population were 4.8% of all visits in tourist areas and 0.8% of all visits in non-tourist areas ($p < 0.01$), and visits to continuing care facilities amounted to 6.5% in tourist areas and 3.6% in non-tourist areas ($p < 0.001$).

Conclusions: the use of public health services by the transient population of Mallorca, though not disproportionately high, warrants attention. This should be taken into account when planning and funding health care resources in the affected regions and areas.

Key words: Transient population. Tourism. Health services utilization. Primary health care. Hospital.

Introducción

España es el segundo destino turístico mundial con casi 52 millones de turistas en 1999¹. Es el cuarto país en ingresos por turismo que en ese mismo año alcanzaron los 4,2 billones de pesetas². El fenómeno turístico tiene importantes repercusiones económicas y sociales en nuestro país. El sector sanitario también se ve afectado por la industria turística, ya que supone la existencia de una población añadida a la propia que demanda atención sanitaria. A su vez conlleva migraciones estacionales de pobla-

ción por cuestiones laborales con necesidades sanitarias específicas.

Los turistas se caracterizan por utilizar los servicios sanitarios principalmente para el diagnóstico y tratamiento de problemas agudos de salud, o por la agudización de problemas crónicos en el período vacacional. De forma similar, los trabajadores temporales presentan un patrón de utilización singular en la utilización de servicios sanitarios³.

El turismo es una actividad sometida a variaciones interanuales, difícilmente predecibles, que provocan incertidumbre en torno a las previsiones de consumo de

recursos sanitarios. Por ello, la planificación de recursos asistenciales destinados a la población flotante se hace particularmente difícil⁴ y no existe financiación sanitaria específica para la atención de esta población en el sistema sanitario público.

En nuestro país el fenómeno turístico afecta particularmente a las Comunidades Autónomas costeras. Baleares dispone del mayor número de camas hoteleras por habitante del país⁵. En 1996, el año en que se inició el estudio, llegaron a Mallorca 8.600.000 turistas que generaron 96 millones de estancias⁶. Los flujos de población turística presentan una clara estacionalidad, así en enero de 1996 había un promedio de 37.000 turistas mientras que en agosto era de 371.000⁷. Esta estacionalidad es pareja a la de los trabajadores de hostelería que pasan de 13.000 a 45.000 en el mismo período⁸ a la que habría que añadir los familiares. Todo ello hace que en los meses de verano la población de las islas aumente más de un 50 % sobre la existente en invierno.

A pesar de la importancia objetiva de la problemática sanitaria derivada de la población flotante existen pocos estudios que la analicen. En este sentido, y ante la escasa información al respecto, nos planteamos como objetivo de nuestro trabajo analizar la demanda de servi-

cios sanitarios públicos por parte de la población flotante, tanto de Atención Primaria como del hospital público de referencia de Mallorca y realizar una aproximación a los costes generados.

Metodología

Ámbito de estudio

El estudio fue realizado entre los años 1995 y 1997 en la isla de Mallorca (Baleares, España) que contaba con 609.150 habitantes. En el momento del estudio la red sanitaria pública tenía un hospital de 900 camas (Hospital Son Dureta) y tres hospitales concertados con 582 camas. Uno de los hospitales concertados pertenecía a la administración autonómica con una presión de urgencias muy baja, apenas utilizado por la población no residente; los otros dos hospitales recibían ingresos de pacientes programados o bien derivados del hospital Son Dureta. Baleares tenía la más alta frecuentación hospitalaria de España (165,3 altas por 1.000 habitantes) posiblemente debido a la existencia de una población flotante⁹. Es la Comunidad Autónoma con más camas privadas por habitante que absorben aproximadamente el 41 % de todas las altas hospitalarias⁹. La red pública de Atención Primaria disponía en este período de 107 puntos de atención organiza-

dos en 30 centros de salud y 4 consultorios. Por otra parte, coexistía una red de centros privados ubicados en las zonas turísticas que daban, entre otros, servicios sanitarios urgentes de cuya actividad no existen datos publicados.

Los trabajadores temporales procedentes de otras Comunidades Autónomas y los turistas nacionales y extranjeros y cualquier persona cuya residencia habitual no estuviera en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares se definieron en este estudio como población flotante (PF).

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo utilizando dos aproximaciones metodológicas diferenciadas para alcanzar el objetivo descrito.

Uso de servicios hospitalarios

Con el fin de analizar la demanda de servicios en el hospital Son Dureta por parte de la población flotante, se compararon distintas variables referidas a episodios de demanda hospitalaria de población no residente, con las correspondientes al global del hospital en el período de 12 meses comprendido entre noviembre de 1995 y octubre de 1996, ambos inclusive. Las variables estudiadas fueron: datos de identificación del pa-

ciente, provincia, comunidad y país de procedencia; tipo de prestación (estancias, consultas, urgencias, tomografía axial computarizada [TAC], quimioterapia y hemodiálisis) y número de unidades de cada prestación. La fuente de información fue la base de datos del sistema de compensación entre Comunidades Autónomas. Esta base de datos tenía como objetivo conocer el volumen y flujo de prestaciones realizadas por los centros sanitarios a usuarios con residencia en otra Comunidad Autónoma o país diferentes del que presta el servicio. La información era registrada en el servicio de admisión del hospital y la unidad de análisis era la prestación sanitaria recibida por el paciente. Los datos globales del hospital referentes a las mismas variables fueron obtenidos de la unidad de control de gestión del propio hospital.

Uso de servicios de Atención Primaria

Para el análisis de la demanda de Atención Primaria se compararon las consultas realizadas por el médico de familia de los centros de salud a pacientes residentes y no residentes en la Comunidad Autónoma. Se recogieron la totalidad de las consultas médicas de tres semanas de 1997 correspondientes a temporada media (mayo), alta (julio) y baja (noviembre),

de acuerdo con la clasificación de la Conselleria de Turismo.

Se incluyeron los 30 centros de salud en funcionamiento durante todo el año 1997 y se excluyeron los 4 consultorios por las dificultades en la recogida de datos.

La información se obtuvo de los registros de la actividad diaria de la consulta médica ordinaria de los médicos de familia y de la consulta médica de los puntos de atención continuada (que atienden urgencias por la tarde y los fines de semana). Durante las tres semanas de recogida los médicos identificaban a todos los pacientes que no eran de su cupo y les interrogaban sobre su lugar de residencia. Se anotaba en la hoja de registro de consulta diaria la procedencia del paciente cuando éste no era residente habitual en la Comunidad Autónoma. Las variables recogidas fueron visitas ordinarias, (con cita y sin cita previa), visitas en atención continuada, sexo, ubicación del centro de salud en zona turística o no turística (definidas a partir del número de plazas hoteleras por 1.000 habitantes de los municipios que conforman el centro de salud)¹⁰ residente/no residente y comunidad o país de procedencia de los no residentes.

Se realizó un análisis univariante de las variables, presentando los porcentajes de utilización de servicios sanitarios por la

población flotante. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para el contraste de variables cualitativas y se estimaron los respectivos intervalos de confianza al 95 %. Los datos fueron mecanizados en el programa Dbase IV y el análisis estadístico se realizó con el SPSS de Windows versión 8.

Aproximación a los costes

Para el cálculo de los costes de la actividad hospitalaria se utilizó el coste de la unidad ponderada de actividad (UPA)¹¹ que, en el Hospital Son Dureta en 1996 fue de 32.382 pesetas. Cada tipo de actividad tiene un valor UPA diferente (por ejemplo, una estancia quirúrgica vale 1,5 UPA). Aunque la UPA ha sido ampliamente discutida como unidad de coste de financiación de determinadas actividades hospitalarias, era la unidad de financiación en el período de estudio. Para la estimación de los costes de actividad de Atención Primaria se utilizó el precio de consulta ordinaria básica y de consulta en puntos de atención continuada (PAC) estipulado para la facturación a terceros de 1997. En el cálculo de costes de Atención Primaria se han extrapolado los resultados de la muestra a la actividad global del área de Mallorca. No se han contabilizado otros costes asociados a la atención sanitaria como son recetas, intérpretes, traslados en ambulan-

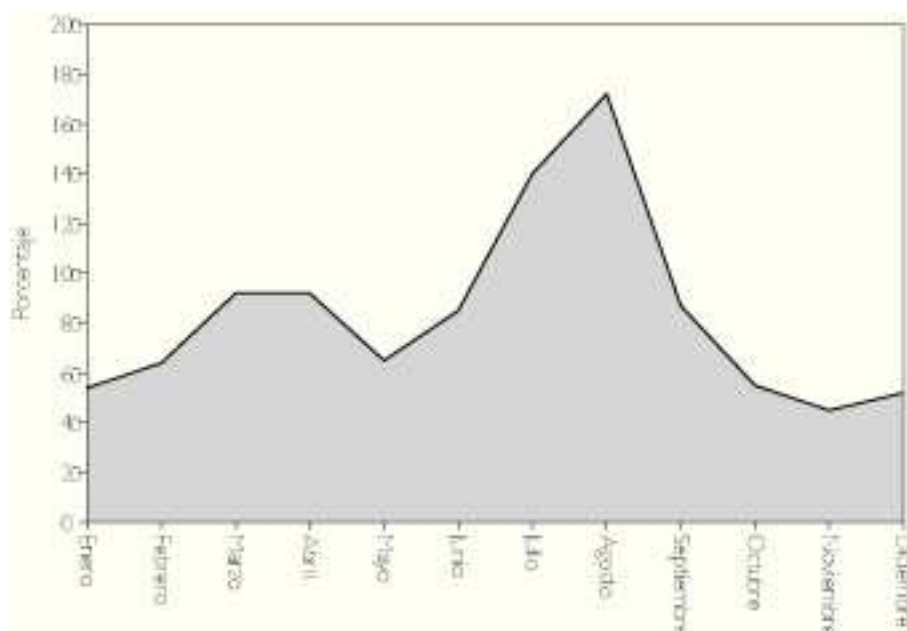


Figura 1. Distribución por meses de las prestaciones hospitalarias a población flotante en el período estudiado.

cia, costes marginales derivados de atender a esta población y costes administrativos (facturación, atención a pacientes sin cita previa, etc.).

Resultados

Uso de servicios hospitalarios

Durante los 12 meses de duración del estudio en el hospital se realizaron 8.013 prestaciones a no residentes habituales en Baleares. Como se puede apreciar en la figura 1, el volumen de presta-

ciones a PF varió a lo largo del año. Julio y agosto fueron los meses en que se realizaron más prestaciones a la PF. Los tipos de prestaciones recibidas fueron las estancias hospitalarias y las urgencias. Se produjeron 1.279 ingresos que originaron 6.484 días de estancia (tabla 1).

En la tabla 2 se presentan las prestaciones realizadas a pacientes de PF respecto a la actividad total del hospital. Las urgencias que no requirieron ingreso generadas por la PF supusieron un volumen no despreciable (5,54 %), mientras que el resto de

Actividad con ingreso	Número de ingresos	Número de estancias	Estancia media (días)
Médicos	660	3.817	5,78
Quirúrgicos	392	1.797	4,58
Obstétricos	30	112	3,73
Pediatría	65	149	2,29
Neonatología	6	57	9,50
UCI	126	552	4,38
Totales	1.279	6.484	5,06
Actividad sin ingreso	Número de prestaciones	Número de pacientes	Promedio de prestaciones por paciente
Consultas	261	238	1,09
Urgencias sin ingreso	6.649	6.316	1,05
TAC	143	131	1,09
Quimioterapia y radioterapia	139	43	3,23

TAC: tomografía axial computarizada.

Tabla 1. Prestaciones realizadas a la población flotante atendida en el Hospital

prestaciones representó un porcentaje menos importante. Un 3,13 % de los ingresos de los servicios del hospital en el período estudiado son atribuibles a PF. Porcentualmente destacan los ingresos en UCI y en servicios médicos. En cuanto a las estancias hospitalarias, un 2,2 % del total del hospital fueron debidas a PF, siguiendo una distribución similar a la de los ingresos. La PF se caracteriza por una estancia media inferior a la global del hospital en todos los servicios, excepto obstetricia y neonatología.

En cuanto a la nacionalidad 4.661 de las prestaciones fueron destinadas a españoles (58,2 %) y 3.347 a extranjeros (41,8 %); en sólo 6 casos no se identificó el lugar de procedencia. El 88,2 % de extranjeros pertenecía a países de la Unión Europea. La distribución por países y su comparación con las llegadas de turistas por nacionalidades a Mallorca se resume en la tabla 3.

Los 4.661 no residentes nacionales procedían de las Comunidades Autónomas siguientes: Madrid (21,3 %), Catalu-

Prestación	Total hospital	Población flotante	% PF/Total (IC95 %)
Consultas	574.736	232	0,04 (0,035-0,046)
Urgencias sin ingreso	113.894	6.316	5,54 (5,41-5,68)
TAC	13.820	143	1,03 (0,87-1,22)
Quimio y radioterapia		43	
Ingresos			
Médicos	14.067	660	4,69 (4,35-5,05)
Quirúrgicos	17.493	392	2,24 (2,02-2,47)
Pediatría	2.613	65	2,49 (1,93-3,17)
Neonatos	548	6	1,09 (0,44-2,49)
Obstetricia	4.410	30	0,68 (0,46-0,98)
UCI	1.635	126	7,71 (6,48-9,13)
Total ingresos*	40.766	1.279	3,13 (2,97-3,31)
Estancias			
Médicas	136.765	3.817	2,79 (2,70-2,87)
Quirúrgicas	116.826	1.797	1,54 (1,46-1,61)
Pediatría	12.770	149	1,17 (0,99-1,37)
Neonatos	4.807	57	1,19 (0,90-1,54)
Obstetricia	13.312	112	0,84 (0,69-1,01)
UCI	10.513	552	5,25 (4,83-5,69)
Total estancias	294.993	6.484	2,20 (2,14-2,25)
Estancia media			
Médicas	9,72	5,78	
Quirúrgicas	6,68	4,58	
Pediatría	4,89	2,29	
Neonatología	8,77	9,50	
Obstetricia	3,02	3,73	
UCI	6,42	4,38	
Total	8,03	5,06	

*Este total corresponden a la suma de ingresos por servicios, por lo que es superior al número de personas ingresadas en el hospital (36.746).

PF: población flotante; TAC: tomografía axial computarizada.

Tabla 2. Actividad demandada por la población flotante respecto a la actividad total del Hospital

País de procedencia	Pacientes hospital N (%)	Pacientes Atención Primaria N (%)	Afluencia de turistas extranjeros^(*) N (%)
Alemania	1.783 (53,3)	103 (28,7)	2.665,7 (42,7)
Reino Unido	453 (13,5)	55 (15,3)	1.590,7 (25,5)
Francia	436 (13,0)	103 (28,6)	270,4 (4,3)
Suiza	20 (0,6)	2 (0,6)	144,3 (2,3)
Suecia	41 (1,2)	1 (0,3)	131,7 (2,1)
Holanda	43 (1,3)	2 (0,6)	198,2 (1,9)
Bélgicas	119 (3,5)	11 (3,1)	103,0 (1,7)
Dinamarca	14 (0,4)	2 (0,6)	96,8 (1,6)
Italia	188 (5,6)	21 (5,8)	84,7 (1,4)
Irlanda	188 (5,6)	2 (0,6)	88,6 (1,4)
Otros	219 (100)	57 (15,8)	860,4 (13,7)
Total	3.347 (100)	359 (100)	6.238,1 (100)

(*) En miles.

Tabla 3. Distribución por nacionalidades de la población flotante atendida, comparada con la nacionalidad de turistas extranjeros llegados a Mallorca por vía aérea (1996)

ña (20,7 %), Andalucía (14 %), Castilla León (5,7 %), País Vasco con un (5,1 %) Castilla La Mancha con un 4,1 % y Galicia (4 %), seguidas de otras con menores porcentajes.

Uso de servicios de Atención Primaria

Se obtuvo información de 28 centros de salud de los 31 existentes. Durante las tres semanas de estudio se produjeron 94.744 consultas ordinarias, de las cuales 1.893 correspondieron a PF (2,0 % del total de visitas). Asimismo, de las

9.170 visitas a los PAC, 331 fueron originadas por pacientes no residentes en nuestra comunidad (3,6 %).

Como se aprecia en la tabla 4, el porcentaje de visitas generadas por población flotante es mayor en los PAC que en las consultas ordinarias siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$), y en las zonas turísticas es tres veces superior a las no turísticas en cada una de las temporadas, y variables excepto en temporada baja en los PAC. El mayor consumo relativo de asistencia a través de PAC se produce en tempo-

Temporada	Consultas ordinarias			Consultas de PAC		
	Totales	Población flotante	% PF/Total (IC95 %)	Totales	Población flotante	% PF/Total (IC95 %)
Media (mayo)						
Total	36.392	934	2,6 (2,4-2,7)	2.019	68	3,4 (2,6-4,2)
Zona turística	10.668	749	7,0 (6,5-7,5)	795	42	5,2 (3,8-7,1)
Zona no turística	25.724	185	0,7 (0,6-0,8)	1224	26	2,1 (1,4-3,1)
Alta (julio)						
Total	28.336	568	2,0 (1,8-2,1)	4.276	215	5,0 (4,4-5,7)
Zona turística	8.291	333	4,0 (3,6-4,4)	1.447	141	9,7 (8,2-11,4)*
Zona no turística	20.045	235	1,2 (1,0-1,3)	2.829	74	2,6 (2,1-3,3)
Baja (noviembre)						
Total	30.016	391	1,3 (1,1-1,4)	2.875	48	1,7 (1,2-2,2)
Zona turística	9.023	272	3,0 (2,6-3,3)	752	13	1,7 (0,9-3,0)**
Zona no turística	20.993	119	0,6 (0,4-0,6)	2.123	35	1,6 (1,1-2,3)
Total	94.744	1.893	2,0 (1,9-2,1)	9.170	331	3,6 (3,2-4,0)
Zona turística	27.982	1.354	4,8 (4,5-5,1)	2.994	196	6,5 (5,6-7,5)
Zona no turística	66.762	539	0,8 (0,7-0,8)	6.176	135	2,1 (1,8-2,5)

$p < 0,001$; ** $p = 0,08$; PAC: puntos de atención continuada.

Tabla 4. Distribución de las consultas en Atención Primaria según temporada y tipo de demanda

rada alta, seguido de temporada media, siendo minoritaria en temporada baja.

Las demandas correspondieron a 742 varones (44,8 %) y 916 mujeres (55,2 %), desconociéndose este dato en los 222 usuarios restantes. En 1.340 consultas se había solicitado cita previa (71,7 %), en 199 no se había concertado cita (10,6 %) y 331 consultas fueron realizadas en los PAC (17,7 %). En 354 registros no figuraba el tipo de consulta. En cuanto al lugar de residencia habitual de

la población flotante, 359 eran extranjeros (19,1 %) y 1.521 nacionales (80,9 %).

Se efectuaron demandas por habitantes de 33 países de los 5 continentes. En la tabla 3, se aprecia la distribución de extranjeros por países; el 88,3 % eran de países de la Unión Europea. Las Comunidades Autónomas de origen de la población flotante nacional fueron: Andalucía (31,5 %), Cataluña (16,5 %), Madrid (12,1 %), Murcia (8,1 %), Extremadura (7,6 %), Castilla y León (5,6 %), Castilla La Mancha (5,0 %). En

Atención Primaria	Total consultas 1997	Estimación anual consultas PF	Precio por consulta	Total coste
Consultas ordinarias	2.637.880	52.757	37,92	2.000.455
Consultas atención urgente	307.403	11.066	44,29	490.186
Total				2.490.641
Atención hospitalaria	Prestaciones a PF		N.º UPAS	Total coste
Estancias médicas	3.817	3.817,0		742.864
Estancias quirúrgicas	1.797	2.695,5		524.598
Estancias obstétricas	112	134,4		26.157
Estancias pediátricas	149	193,7		37.698
Estancias neonatología	57	330,6		64.341
Estancias UCI	552	3.201,6		626.095
Consultas	261	59,2		11.580
Urgencias sin ingreso	6.649	1.894,8		368.765
Total				2.399.097

PF: población flotante; UPAS: unidades ponderadas de actividad.

Tabla 5. Aproximación a los costes de Atención Primaria y del hospital generados por la población flotante (en euros)

689 ocasiones no se reflejó la Comunidad Autónoma. Se produjeron demandas sanitarias de ciudadanos de 50 provincias, siendo las 10 primeras por frecuencia: Barcelona (164), Madrid (144), Sevilla (77), Granada (65), Valencia (60), Jaén (47), Badajoz (40), Córdoba (38), Alicante (33) y Málaga (28).

Aproximación a los costes sanitarios de la población flotante

En la tabla 5 se presenta el coste de la atención prestada a la PF. El gasto de la

Gerencia de Atención Primaria (AP) de Mallorca en 1997 fue de 7.737 millones de pesetas sin contar el farmacéutico, por lo que el gasto atribuible a la PF supondría un 5,3%¹². El gasto en el hospital Son Dureta en el mismo año fue de 20.057 millones de pesetas; por PF supondría un 2% del gasto total del hospital¹².

Discusión

Este estudio presenta algunas posibles limitaciones. Tanto en el hospital como en los centros de salud pudo faltar ex-

haustividad en la recogida de la información referente a población flotante por la ausencia de incentivos para su registro sistemático. Ello se traduciría en una hipotética subestimación de la demanda y costes de servicios sanitarios de la PF.

Respecto a la AP no se han recogido datos sobre la utilización de radiodiagnóstico, laboratorio y, especialmente, prescripciones farmacéuticas por cada usuario. Otros aspectos que limitan el estudio son el lugar y el tiempo. Los resultados del estudio no son directamente extrapolables a otras comunidades turísticas, ya que estos van a depender tanto de la estructura sanitaria pública y privada, como del volumen del sector turístico. Así, las Baleares, cuya economía está basada en el turismo desde hace décadas, tiene ya configurada una infraestructura sanitaria privada que basa parte de su mercado en el turista, delimitando las opciones de mercado de los servicios sanitarios públicos. En otras comunidades la situación puede ser muy distinta. Además, el aumento progresivo de turistas llegados a Mallorca en estos últimos 5 años puede llevar a estimaciones de utilización de servicios por la PF menores que las actuales.

En general, la proporción de consumo de servicios de AP por parte de la PF no es muy elevada. Podría explicarse porque

parte de la demanda sanitaria de PF se efectúa directamente a los servicios hospitalarios (un 5,8% de las urgencias hospitalarias sin ingreso y un 3,48% de los ingresos). Aunque algunos estudios realizados en nuestro país apuntan porcentajes mayores^{13,14}, los resultados no son comparables ya que el concepto de paciente no adscrito (desplazado) no es el mismo que el que hemos definido como PF. En nuestro estudio no fueron considerados los pacientes no adscritos al centro si eran residentes habituales en la comunidad. Por otro lado, la PF nacional atendida en nuestros centros está compuesta principalmente por jóvenes inmigrantes, con buen estado de salud; en cambio los atendidos en centros sanitarios de otras partes del país suelen ser pacientes ancianos que residen temporalmente en estas poblaciones por cuestiones distintas a las laborales. Según un estudio realizado en Alcorcón el 84% de los desplazados tenía 60 o más años¹⁴. En un estudio realizado en Canarias¹⁵, en el que la población objeto de estudio era parecida a la nuestra, la proporción de visitas médicas llegó a ser del 21%, si bien todos los centros seleccionados estaban en zonas turísticas.

Asimismo, los datos de nuestro estudio son congruentes con lo esperado y demuestran una concentración de la de-

manda en zonas turísticas y en temporada alta. En EE.UU. las migraciones estacionales por razones de turismo son responsables de un importante porcentaje del flujo de ingresos hospitalarios de pacientes de Medicaid en estados turísticos como Florida¹⁶; también un estudio realizado en Canadá resalta que parte de los gastos sanitarios facturados por EEUU son derivados de desplazamientos por turismo¹⁷.

Nuestros datos apoyarían los resultados de otros estudios respecto a que la población flotante suele utilizar con mayor frecuencia la atención no reglada (sin cita o urgente) frente a la ordinaria con cita previa. También en el hospital se aprecia un patrón de utilización por motivos urgentes (la prestación más utilizada fueron las urgencias, mayor proporción de estancias en UCI y menor estancia media en la mayoría de servicios), en cambio el número de consultas es despreciable. Otros trabajos han aportado resultados en este sentido, por ejemplo los visitantes de verano en la ciudad de Abha, en Arabia Saudí, suponían hasta un 30 % de los servicios curativos; en cambio, la utilización de servicios de diagnóstico o preventivos suponían un menor porcentaje (1,8 %)¹⁸. También un estudio inglés, que comparaba los patrones de utilización de servicios de urgencias fuera y dentro de Londres, mostraba una mayor proporción de

turistas y no residentes en los servicios de urgencias del centro de Londres¹⁹. Asimismo, en un estudio realizado en un hospital de Australia que registraba el motivo de ingreso en turistas, el 37,6 % de los ingresos eran debidos a accidentes y envenenamientos²⁰. Sea cual sea el motivo, el uso excesivo de consultas no regladas puede suponer un importante problema de planificación sanitaria, especialmente en aquellas zonas turísticas donde el porcentaje de PF respecto a la población total es relevante.

La distribución de las nacionalidades de los ciudadanos extranjeros que demandan asistencia sanitaria en el hospital presenta cierto paralelismo con la composición de la población turística de Mallorca, mientras que en AP esta distribución es diferente. Destaca también una mayor proporción de extranjeros en el hospital respecto de AP. Una posible explicación es que los extranjeros no suelen utilizar con igual frecuencia los servicios de AP públicos (posible uso alternativo de servicios asistenciales privados), en cambio consumirían en mayor proporción los servicios hospitalarios.

El hecho de que casi un 20 % de las demandas sanitarias de PF en AP y un 42 % en el hospital correspondan a ciudadanos extranjeros con características heterogéneas (33 países de los 5 conti-

nentes) hace entrever importantes problemas como el idioma, estilos de demanda, patología específica del país de origen, medicación desconocida, mayor burocracia (facturación a terceros), dificultades en el reembolso de la asistencia prestada y un sinnúmero de problemas que otros autores han señalado³.

Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas con afluencia turística importante se encuentran con una serie de problemas que han sido bien descritos por Pané⁴. Durante el reciente proceso de las transferencias sanitarias a las 10 Comunidades Autónomas del INSA-LUD, no se consideró de manera rigurosa el flujo de pacientes desplazados²¹. No existen suficientes recursos destinados a financiar la demanda producida por esta población sin que el sistema de compensación interterritorial para la atención a desplazados se haya materializado en nuestro país. Asimismo, la facturación a pacientes de la Unión Europea requiere un desarrollo pleno. Por otro lado, los profesionales de AP a su vez, están retribuidos en parte, en función del número de población adscrita. En consecuencia, no toda la PF va acompañada de una financiación específica.

Bajo la óptica de la planificación sanitaria no debemos olvidar este hecho para ubicar racionalmente los recursos (finan-

cieros y de personal) necesarios. Tradicionalmente esta situación se ha venido paliando mediante los llamados “médicos de refuerzo de verano”, si bien éstos presentan importantes problemas por su insuficiencia, desconocimiento del entorno, excesiva carga de trabajo y problemas laborales asociados. Aunque estos recursos sean financiados como parte del gasto histórico de personal de las gerencias con población turística la financiación es insuficiente, ya que no llevan consigo otros recursos como enfermería, personal de admisión o presupuesto de farmacia.

La PF y los centros que la atienden deberían poder ser bien identificados. Para que el sistema funcione estos servicios deberían tener un registro detallado para los no residentes, y así poder estimar el impacto real de esta población en costes y exceso de trabajo. Los flujos financieros entre Comunidades Autónomas y entre países de la Unión Europea deberían ser redistribuidos a las comunidades, y en particular a los servicios sanitarios que atienden a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial del Turismo. Tourism Highlights, 2001.
2. Instituto de Estudios Turísticos. Informe anual de la estadística de Mo-

- vimientos turísticos en Fronteras 1999. Madrid: Ministerio de Economía, 2001.
3. Palacios Llamazares L. El paciente desplazado: repercusiones en un EAP. FMC 1996;3:681-5.
4. Pané O, Pociello V. El paciente desplazado ¿a cargo de quién? FMC 1996;3: 676-80.
5. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento de viajeros en establecimientos hoteleros. Febrero 1995. Madrid, 1995.
6. Alenyar Fuster M, et al. Evolució econòmica de les Balears 1996. Palma de Mallorca: Edita Banca Catalana y Sa Nostra, Caixa de Balears, 1997.
7. Institut Balear d'Estadística. Butlletí d'Estadística 1996, 3er i 4t trimestre. Conselleria de Funció Pública. Palma de Mallorca: Govern Balear, 1997.
8. Institut Balear d'Estadística. Estadístiques Laborals. Anuari 1996. Conselleria de Funció Pública. Palma de Mallorca: Govern Balear, 1997.
9. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1997. Madrid, 2000.
10. Institut Balear d'Estadística. Dades Municipals 1994. Palma de Mallorca, 1995.
11. Bestard JJ, Sevilla F, Corella MI, Elola J. La unidad ponderada de actividad (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. Gac Sanit 1993;7:263-73.
12. Dirección Territorial Insalud Baleares. Memoria Dirección Territorial Insalud Baleares 1997. Palma de Mallorca, 1998.
13. Bachiller Pérez JM, Pérez Pascual B. Repercusión de la población desplazada en un centro de salud rural. Aten Primaria 1999;23:553.
14. Rollán Landeras AM, Liaria González M, Sánchez-Barba de Antón MJ, Pérez Bados JJ. Atención a la población no adscrita en un centro de salud urbano. Aten Primaria 1994;13:344-8.
15. Joyanes Romo J, Fuentes Galindo MI, Plasencia García VR, Gonzalez-Casanova Gonzalez SR, Marrero Pereyra B, Reyes Rodriguez JF. Implicaciones asistenciales y económicas de prestación sanitaria al turista en atención primaria. Cuadernos de Gestión 2000;6:184-9.
16. Buczko W. Factors affecting interstate use of inpatient care by medicare beneficiaries. HSR 1992;27:295-315.
17. Katz SJ, Verrilli D, Barer ML. Canadians' use of US medical services. Health Affairs 1998;17:225-35.
18. Mahfouz AAR, Hamid AM. An epidemiologic study of primary health care service utilization of summer vi-

- sitors to Ahba Asir, Saudi Arabia. *J Community Health* 1993;18:121-5.
- 19.** Jankowski RF, Mandalia S. Comparison of attendance and emergency admission patterns at accident and emergency departments in and out of London. *BMJ* 1993;306:1241-3.
- 20.** Nicol J, Wilks J, Wood M. Tourists as inpatients in Queensland regional hospitals. *Aust Health Rev* 1996;19:55-72.
- 21.** López Casasnovas G. La financiación autonómica de la sanidad. Algunas afirmaciones, valoraciones y constataciones. *Gac Sanit* 2000;14:300-5.