



EDITORIAL

Patrones de frecuentación de los servicios de salud

Patterns of frequent use of healthcare services



A. Sarriá-Santamera^{a,b,c,d}

^a Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b IMIENS-UNED, Madrid, España

^c Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^d Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Disponible en Internet el 14 de mayo de 2019

La frecuentación de servicios de salud es la cuantificación o descripción del uso de servicios por parte de los pacientes para prevenir y curar problemas de salud, promover el mantenimiento de la salud y el bienestar u obtener información sobre su estado de salud y pronóstico. Es, por tanto, el resultado de la interacción entre el sistema de salud y los pacientes¹.

La medición² y el análisis³ de la frecuentación han constituido una de las bases para la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Tradicionalmente se ha caracterizado por mostrar una elevada «variabilidad»⁴.

Un aspecto importante de la medición de la frecuentación es si es mejor considerar únicamente el volumen de servicios o deben valorarse también los resultados. Se debe considerar que una dimensión clave en la reflexión sobre la frecuentación debe ser la efectividad, es decir, el grado en que se logran resultados deseables, dada la provisión correcta de servicios basados en la evidencia científica disponible para todos los que podrían beneficiarse, pero no para aquellos que no se beneficiarían⁵.

Teniendo en cuenta el continuo incremento en la utilización de servicios, junto con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas asociado con la complejidad de necesidades vinculadas al envejecimiento, a la fragilidad y a la multimorbilidad, resulta imprescindible entender y

caracterizar los determinantes de la frecuentación para la planificación, la financiación y la evaluación de los servicios de salud. Este reto debe integrarse con el de la «atención centrada en la persona» que exige tanto la individualización de la asistencia como integrar la mejora de la experiencia de los pacientes como elementos críticos para la mejora de la calidad asistencial.

El clásico modelo de Andersen y Newman⁶ recoge la diversidad de factores implicados en la frecuentación. Este modelo ha evolucionado de una primera propuesta basada en 3 grupos de factores, individuales y contextuales (predisponentes, capacitantes y necesidades), a un modelo más complejo que incluye también tanto las características del sistema de prestación de servicios de salud, como los cambios en la tecnología médica y las normas sociales relacionadas con la definición y el tratamiento de la enfermedad⁷.

La interrelación de todos estos factores será la que determinará si la frecuentación es apropiada o inapropiada, de alta o baja calidad y de alto o bajo coste, y si genera mayor o menor satisfacción al paciente⁸.

La frecuentación no apropiada es un problema importante (por encima de la necesaria) que se asocia con la saturación de los servicios y de la baja calidad. Cuando es inferior a la necesaria representa un déficit de calidad que impide acceder en plenitud a los beneficios que los pacientes pueden llegar a recibir. De forma intuitiva puede pensarse que el estado de salud y la necesidad de atención médica son

Correo electrónico: asarria@isciii.es

los determinantes fundamentales de la frecuentación, pero la realidad es que hay muchos otros factores involucrados: algunos servicios son necesarios y no se obtienen, y otros se utilizan, pero no están claramente indicados.

El clásico *RAND Health Insurance Experiment*⁹ o más recientemente el *Oregon Health Insurance Experiment*¹⁰ han reflejado como los mecanismos que reducen el impacto financiero de la utilización de servicios se asocian con una mayor frecuentación. Sin embargo, esta mayor utilización no se traslada de forma directa y lineal en mejoras en el estado de salud. Desde una óptica que considera la salud como un derecho de la población, las actuaciones sobre la frecuentación deben ir encaminadas a la reducción de la atención innecesaria o inapropiada, con su consiguiente efecto sobre la efectividad clínica, y como paso fundamental para que otro paciente pueda beneficiarse de la atención médica, con el consiguiente incremento de la eficiencia social del sistema sanitario¹¹. Resolver los problemas de sobre-frecuentación permitiría dejar espacio para los de infra-frecuentación.

En poblaciones definidas es posible estimar perfiles de utilización esperada, construyendo modelos que tengan en cuenta las características específicas de cada paciente y el impacto o beneficio que podría obtener de su relación con el sistema de salud. Este enfoque permite individualizar la medida de la frecuentación yendo más allá del mero ajuste por edad y sexo, relacionar problemas de salud y frecuentación previa, incluyendo todos los factores que pueden incidir tanto en la utilización como en los resultados. Estos factores van desde el estado funcional, la calidad de vida, la sintomatología, el nivel de estudios, la situación laboral, hasta las condiciones de la vivienda o la estructura familiar, entre otras¹². Además, facilitan incorporar también la experiencia percibida por los pacientes¹³.

En el proceso asistencial, recopilamos y almacenamos grandes cantidades de datos con un enorme potencial para mejorar la calidad asistencial; pero, están infrautilizados y en muchas ocasiones todavía en silos. Estos datos pueden generar perfiles y modelizar patrones anómalos de frecuentación (por encima o por debajo de lo que sería esperable) a partir de los que desarrollar intervenciones específicas para cerrar el ciclo del diferencial de calidad.

Predecir los patrones de frecuentación puede ayudar no solo a garantizar los niveles óptimos de recursos, sino a maximizar el valor que pueden aportar, mejorando tanto la experiencia de los pacientes como la productividad de los servicios sanitarios.

Financiación

Bridge Health GA 664691; Instituto de Salud Carlos III: REDIS-SEC RD16/0001/0007.

Bibliografía

1. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
2. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. A population-based health information system can guide planning and regulatory decision making. *Science*. 1973;18:1102-8.
3. Wennberg JE, Gittelsohn AM. Variations in medical care among small areas. *Sci Am*. 1982;264:100-11.
4. Sarria Santamera A, Sendra Gutierrez JM. Diferencias regionales en la utilización hospitalaria. *Gac Sanit*. 1993;7:63-9.
5. Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers, N.º 23. Paris: OECD Publishing; 2007.
6. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51:95-124.
7. Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria: Conceptos. Métodos. Estrategias*. Barcelona: Masson; 1987.
8. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3, pii: e001570.
9. Brook RH, Keeler EB, Lohr K, Newhouse J, Ware JE, Rogers WH, et al. The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2006 [consultado 4 Mar 2019] Disponible en: https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html.
10. The Oregon Health Insurance Experiment. [consultado 4 Mar 2019] Disponible en: <http://www.nber.org/oregon/2.background.html>.
11. Ortún V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)*. 1990;95:385-8.
12. Sarria Santamera A, Timoner J, Sandín M. Frecuentación en atención primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36:471-2.
13. Valderas JM, Gangannagaripalli J, Nolte E, Boyd CM, Roland M, Sarria-Santamera A, et al. Quality of care assessment for people with multimorbidity. *J Intern Med*. 2019;285:289-300.