

Frecuentación y calidad de vida de usuarios de consultas de Medicina de Familia

María del Campo Giménez^a, Alba Fernández Bosch^b, Milagros Azorín Ras^c, Mercedes de la Ossa Moreno^d, Begoña Auñón Valero^e e Ignacio Párraga Martínez^{a,f}

^a Centro de Salud de La Roda (Albacete). Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Albacete (España).

^b Centro de Salud Zona IV (Albacete). Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Albacete (España).

^c Gerencia de Atención Integrada de Hellín (Albacete). Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Albacete (España).

^d Centro de Salud de Noblejas (Toledo). Gerencia de Atención Primaria de Toledo, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Toledo (España).

^e Centro de Salud de Cañaveras (Cuenca). Gerencia de Atención Integrada de Cuenca. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Cuenca. (España).

^f Facultad de Medicina de Albacete. Universidad de Castilla la Mancha. Albacete (España).

Correspondencia:

María del Campo Giménez.
Dirección postal: Centro de Salud de La Roda. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). C/ Mártires, 63. 02630. La Roda. Albacete.
Correo electrónico: mariadelcampogimenez@gmail.com

Recibido el 19 de marzo de 2019.

Aceptado para su publicación el 11 de abril de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Objetivo: Describir la frecuentación de los usuarios de consultas de Medicina de Familia y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud, así como analizar los factores asociados a una mayor frecuentación.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional de carácter descriptivo realizado en 601 adultos que utilizaron las consultas de medicina de familia de cuatro Zonas Básicas de Salud de tres Áreas Sanitarias. La variable principal fue la frecuentación a consultas de medicina de familia en el último año. Otras variables fueron características sociodemográficas, problemas de salud (clasificación CIAP-2), consumo fármacos, calidad de vida (cuestionario EuroQol), características Zona Salud y visitas a medicina, enfermería y urgencias los tres años previos.

Resultados: La media de visitas al médico de familia fue significativamente superior el año anterior (10,7±7,8) que los dos (8,7±7,5) y tres (8,1±7,0) previos (p<0,001). Mediante regresión lineal múltiple fueron variables asociadas a mayor frecuentación al médico de familia el año anterior: sexo femenino (B:-1,858; IC95 %:-2,743 – -0,974), pertenecer a ZBS rural (B:-2,936; IC95 %:-3,914 – -1,959), más visitas realizada a Urgencias de AP (B:0,342; IC95 %:0,127 – 0,556), más visitas a Urgencias Hospitalarias (B:1,106; IC95 %:0,774 – 1,439), consumir mayor número fármacos (B:0,531; IC95 %:0,384 – 0,679), menor puntuación escala visual de EuroQol (CV) (B:-0,052; IC95 %:-0,069 – -0,034), mayor nº visitas enfermería (B:0,235; IC95 %:0,180 – 0,291), presentar patología sistema nervioso (B:1,639; IC95 %:0,380 – 2,898), patología respiratoria (B:1,298; IC95 %:0,129 – 2,467) y ansiedad (B:1,263; IC95 %:0,062 – 2,463).

Conclusiones: Existe una elevada utilización de las consultas del médico de familia que se incrementa cada año. Fueron variables relacionadas con la frecuentación la calidad de vida, sexo, consumo de medicamentos, padecer determinadas enfermedades, residir en ámbito rural y el número de visitas a Urgencias y a consulta de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Servicios de Salud. Utilización de servicios. Calidad de Vida. Atención Primaria de Salud. Frecuentación.

ABSTRACT

Attendance and quality of life of users of Family Medicine practices.

Objective: To describe users' frequentation of Family Medicine practices and its relationship with health-related quality of life, and to analyze the factors associated with a greater frequency of visits.

Methods: Multicentre, observational, descriptive study carried out in 601 adults who used the family medicine services of four Basic Health Zones in three Health Areas. The main variable was the frequency of visits to family medicine practices in the last year. Other variables were sociodemographic characteristics, health problems (CIAP-2 classification), drug use, quality of life (EuroQol-questionnaire), Health Area characteristics, and visits to medicine, nursing and emergency services within the previous three years.

Results: The average number of visits to the family doctor was significantly higher in the previous year (10.7±7.8) than in the previous two (8.7±7.5) and three (8.1±7.0) years (p<0.001). Multiple linear regression showed variables associated with greater frequency of visits to the family doctor during the previous year: female sex (B:-1.858; 95 % CI, -2.743 – -0.974), reside in rural areas (B:-2.936 95 % CI, -3.914 – -1.959), more visits to Primary Care Emergency Room (B:0.342 95 % CI, 0.127 – 0.556), more visits to Hospital Emergency Room (B:1.106; 95 % CI, 0.774 – 1.439), use higher number of drugs (B:0.531; 95 % CI, 0.384 – 0.679), lower EuroQol scale score (B:-0.052; 95 % CI, -0.069 – -0.034), more visits to nursing clinics (B:0.235; 95 % CI, 0.180 – 0.291) and presenting nervous system disease (B:1.639; 95 % CI, 0.380 – 2.898), respiratory disease (B:1.298; 95 % CI, 0.129 – 2.467) and anxiety (B:1.263; 95 % CI, 0.062 – 2.463).

Conclusions: There is a high use of family doctor practices that increases every year. The variables related to frequentation were quality of life, sex, drug use, suffering certain diseases, residing in rural areas and the number of visits to the Emergency Department and to nursing clinics.

KEY WORDS: Health Services. Use of health services. Quality of Life. Primary Health Care. Medical use.

INTRODUCCIÓN

La utilización de Servicios Sanitarios muestra una tendencia creciente desde hace años^{1,2}, consultando anualmente siete de cada diez personas en Atención Primaria (AP)³. Además, un alto porcentaje de esas consultas (30-40 %) las realiza una pequeña proporción de pacientes (5-10 %)^{4,5}.

La asistencia a estos servicios no depende exclusivamente de las necesidades en salud, sino de la percepción de ésta y del funcionamiento del sistema sanitario⁶. Así, se han identificado diferentes factores implicados en la frecuentación, incluyendo los relacionados con el individuo⁷, los profesionales sanitarios o con la estructura y funcionamiento del sistema de Salud⁸.

El excesivo uso de estos recursos repercute tanto en los que los utilizan como en quienes proveen el servicio de salud. Para la población, favorece la pérdida de accesibilidad y calidad asistencial, al limitar la disponibilidad de agendas o reducir los tiempos de consulta por paciente⁹. Además, implica un incremento de la carga asistencial para el profesional¹⁰ y del coste económico para el sistema¹¹. Por tanto, parece justificado el creciente interés en analizar la frecuentación¹².

Por otra parte, los resultados de estudios publicados no permiten valorar si las visitas a los Servicios de Salud son adecuadas, ni si se está produciendo una sobreutilización o mal uso del sistema¹³. Es más, existe la posibilidad de que las visitas estén justificadas y que aquellos pacientes calificados como hiperfrecuentadores necesiten una asistencia desde una perspectiva más global¹⁴.

Por último, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) también es un parámetro a considerar en la utilización de los servicios sanitarios. Su medición permite estudiar la salud de la población¹⁵ y analizar la eficacia y efectividad de las intervenciones sanitarias¹⁶.

Considerando lo anterior y que la mayoría de publicaciones no evalúan resultados sobre las personas que utilizan nuestras consultas sino sobre registros de las asignadas a las mismas, el objetivo de nuestro estudio fue describir la frecuentación en consultas de medicina de familia (MF) de Atención Primaria en los pacientes que las utilizan y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud, así como analizar los factores asociados a una mayor frecuentación tanto referidos a la situación socio-demográfica como al estado de salud, la calidad de vida y las visitas a enfermería y a urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico observacional de carácter descriptivo, seleccionando pacientes \geq 18 años que acudieron por cualquier motivo a consulta a demanda de medicina de familia de AP de cuatro Zonas Básicas de Salud (ZBS) de tres Áreas

Sanitarias de Castilla-La Mancha (Albacete, Cuenca y Toledo). Se excluyeron aquellos con limitación física, psíquica o enfermedad concurrente que imposibilitara la respuesta al cuestionario, los que tuvieran una adscripción al centro menor de 2 años, así como los que rechazaron la participación una vez informados de los objetivos del estudio. Para una proporción esperada de sujetos con elevada frecuentación del 50 % y considerando un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 4 %, fue necesario incluir en la muestra a 601 participantes. Se utilizó un muestreo consecutivo, no probabilístico, hasta alcanzar el número previsto de sujetos en las consultas de MF de los centros de salud participantes. El proceso de la entrevista se realizó a aquellos que otorgaron su consentimiento en las consultas de MF y fue estandarizado para aumentar su fiabilidad. Para ello se establecieron sesiones de entrenamiento previo que aseguraron la uniformidad en la recogida de datos por parte de los profesionales. Los datos fueron recogidos en un cuestionario precodificado, específicamente diseñado. Las entrevistas se realizaron a los usuarios que acudieron a consulta a demanda entre el 15 de septiembre y el 30 de noviembre de 2018. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica con Medicamentos del Área Sanitaria de Albacete.

La variable principal fue la frecuentación a consultas de MF, definida como el número de visitas realizadas durante el año anterior que figuraban en el registro de historias clínicas individuales informatizadas (Programa del Servicio de Salud Castilla-La Mancha para AP "TURRIANO"). Otras variables relacionadas con la frecuentación fueron el número de visitas registradas al MF también los dos y tres años previos, así como las consultas a enfermería y a los Servicios de Urgencias de AP y Hospital durante los tres años previos. También se midió la calidad de vida relacionada con la salud (CV) mediante el cuestionario europeo EuroQol validado en español¹⁷. En este instrumento el individuo evalúa su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones con una escala descriptiva (EuroQol-5D) (sistema descriptivo de cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y con una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general, que puntúa de 0 a 100 (100 es el mejor estado de salud). La cuantificación del EuroQol-5D se calcula mediante unos coeficientes adaptados a la población española (escala 0-1). Los resultados de las dimensiones EuroQol-5D también se valoraron agrupadas en dos categorías de pacientes: con problemas (niveles 2 y 3) y sin problemas (nivel 1) para cada una de las dimensiones. Otras variables estudiadas fueron características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de escolarización, clase social basada en la ocupación¹⁸ y estado civil), problemas de salud (clasificación CIAP-2-WONCA), consumo de medicamentos, estilos de vida (consumo de tabaco y actividad física medida mediante Cuestionario validado en español Brief Physical Activity Assessment Tool -BPAAT-¹⁹, considerando

como "Inactividad Física" si la puntuación se situaba entre 0-3 y "Actividad Física Suficiente" si era ≥ 4), características de la ZBS (rural con poblaciones < 5.000 habitantes o no rural ≥ 5000 habitantes)²⁰ y distancia desde domicilio a consulta MF (≤ 500 metros, > 500 metros).

Respecto al análisis estadístico, inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las características de los participantes (medidas de tendencia central y dispersión). La relación entre variables se analizó mediante la prueba chi-cuadrado, "t" de Student, U de Mann-Whitney, Análisis de Varianza (ANOVA), el test de Kruskal-Wallis, coeficiente de correlación de Pearson y Spearman, en función del tipo de variable y de la verificación o no de las condiciones de aplicación. Las variables sobre frecuentación se analizaron mediante pruebas no paramétricas, pues los datos no se ajustaban a la distribución normal. Se estableció un nivel de confianza del 95 % para intervalos de confianza y nivel de significación < 0.05 para contrastes de hipótesis. Se estudió la contribución de las variables independientes en el nivel de frecuentación a consultas de medicina de familia (número de consultas realizadas durante el último año) mediante un modelo de regresión lineal múltiple (análisis multivariante), permitiendo realizar un ajuste estadístico y la obtención de los coeficientes de regresión de las variables que explican la variabilidad del nivel de frecuentación. El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el sistema SPSS Statistics v.20.0.

RESULTADOS

Fueron entrevistados 601 sujetos con una edad media de 57,6 años (DE: 18,3). En la tabla 1 presentamos las características de los participantes en función del sexo.

La media de visitas al médico de familia en el último año fue de 10,7 (DE: 7,8) y durante los dos y tres años previos de 8,7 (DE: 7,5) y 8,1 (DE: 7,0), respectivamente. Esta frecuentación media fue significativamente superior durante el último año respecto a los dos y tres previos ($p < 0,001$). En la tabla 2 se presenta la distribución de los pacientes en función de las visitas realizadas a consultas de MF, enfermería y servicios de urgencias durante los tres años previos.

Como se muestra en la tabla 3, la media de visitas al año a MF fue significativamente superior en mujeres, aquellos con clase social más baja, con estudios primarios o inferiores, participantes de zonas rurales, los que vivían más próximos a la consulta, mayores de 65 años y los casados o con pareja tanto el año anterior como los dos y tres previos ($p < 0,001$). También se observó un incremento estadísticamente significativo de la frecuentación a mayor consumo de medicamentos y más número de enfermedades ($p < 0,001$). La frecuentación anual a consultas de medicina en el último año presentó una correlación positiva, estadísticamente significativa ($p < 0,001$), con la edad ($r = 0,437$;

$p < 0,001$), número fármacos ($r = 0,538$), problemas salud ($r = 0,561$), visitas enfermería ($r = 0,502$), visitas urgencias AP ($r = 0,147$) y Hospital ($r = 0,333$), mientras que fue inversa con puntuación EuroQol de calidad vida, tanto de la escala descriptiva (EuroQol-5D) ($r = -0,324$) como visual ($r = -0,436$).

En cuanto a la morbilidad (tabla 4), el número medio de visitas fue significativamente superior en sujetos con enfermedad cardiovascular, hematológica, digestiva, del aparato locomotor, del sistema nervioso, respiratoria, maligna, depresión, ansiedad, dislipemia, hipertensión arterial y diabetes ($p < 0,001$).

Respecto a la calidad de vida determinada mediante la escala descriptiva EuroQol, las dimensiones en las que mayor proporción de sujetos presentaron problemas fueron dolor/malestar (52,2 %), movilidad (30,6 %) y ansiedad/depresión (26,8 %). La puntuación media de CV mediante el cuestionario descriptivo EuroQol-5D (escala 0-1) fue 0,795 (DE: 0,178). El valor medio de la escala visual EuroQol-EVA (escala 0-100) fue 56,3 (DE: 28,7). Al comparar los sujetos que presentaban algún problema en cada dimensión de la escala descriptiva EuroQol-5D respecto a los que no lo tenían, se observó que en todas las dimensiones el número medio de visitas fue significativamente superior en los primeros tanto durante el último año como en los dos y tres anteriores (Tabla 5). Al analizar las dimensiones de la escala descriptiva EuroQol-5D con sus tres categorías, existió un incremento estadísticamente significativo de la frecuentación durante los tres años estudiados a medida que aumentaba el grado de problemas en las cinco dimensiones de esa escala ($p < 0,001$).

En la tabla 6 mostramos las variables asociadas, mediante análisis multivariante (regresión lineal múltiple), a una mayor frecuentación a consultas de MF durante último año fueron: sexo femenino (B: -1,858; IC95 %: -2,743 a -0,974), pertenecer a ZBS rural (B: -2,936; IC95 %: -3,914 a -1,959), más visitas realizadas a Urgencias de AP (B: 0,342; IC95 %: 0,127 a 0,556), más visitas a Urgencias Hospitalarias (B: 1,106; IC95 %: 0,774 a 1,439), consumir mayor número fármacos (B: 0,531; IC95 %: 0,384 a 0,679), menor puntuación escala visual de EuroQol (CV) (B: -0,052; IC95 %: -0,069 a -0,034), mayor nº visitas enfermería (B: 0,235; IC95 %: 0,180 a 0,291), presentar patología sistema nervioso (B: 1,639; IC95 %: 0,380 a 2,898), patología respiratoria (B: 1,298; IC95 %: 0,129 a 2,467) y ansiedad (B: 1,263; IC95 %: 0,062 a 2,463). Se realizó ajuste considerando las variables que resultaron significativas en el análisis bivariante y las consideradas como posibles factores de confusión como edad y sexo.

DISCUSIÓN

Los principales impulsores de la utilización de Servicios Sanitarios deberían ser, coincidiendo con planteamientos teóricos, la presencia de enfermedad y de sus síntomas²¹, sin embargo, en la práctica, son múltiples los factores relacionados con la

Características de los participantes	Total * n = 601 (%)	Mujeres* n = 352 (%)	Hombres* n = 249 (%)
Edad			
- ≤ 65 años	387 (64,4)	232 (65,9)	155 (62,2)
- > 65	214 (35,6)	120 (34,1)	94 (37,9)
Estado Civil			
- Soltero, viudo, divorciado	211 (35,1)	122 (34,7)	89 (35,7)
- Casado o pareja	390 (64,9)	230 (65,3)	160 (64,3)
Clase Social**			
- Clase I-V‡	405 (67,4)	247 (70,2)	158 (63,5)
- Clase VI-VII‡‡	196 (32,6)	105 (29,8)	91 (36,5)
Nivel Escolarización			
- Sin estudios o primarios	404 (67,2)	236 (67,0)	169 (67,5)
- Estudios secundarios o superior	197 (32,8)	116 (33,0)	81 (32,5)
Fármacos consumidos			
- ≤ 5 fármacos	381 (63,4)	226 (64,2)	155 (62,2)
- > 5 fármacos	220 (36,6)	126 (35,8)	94 (37,8)
Problemas salud (CIAP-2)			
- ≤ 3 Problemas salud	354 (58,9)	211 (59,9)	143 (57,4)
- > 3 Problemas salud	247 (41,1)	141 (40,1)	106 (42,6)
Consumo de tabaco			
- Si	121 (20,1)	66 (18,8)	55 (22,1)
- No	480 (79,9)	286 (81,3)	194 (77,9)
Inactividad Física (cuestionario BPAAT) ***			
- Inactividad Física (puntuación 0-3)	377 (62,7)	236 (67,0)	141 (56,6)
- Actividad Física Suficiente (puntuación ≥4)	224 (37,3)	116 (33,0)	108 (43,4)
Características ZBS			
- Rural (<5.000 hab.)	240 (39,9)	139 (39,5)	101 (40,6)
- No rural (≥ 5.000 hab.)	361 (60,1)	213 (60,5)	148 (59,4)
Proximidad domicilio a consulta MF			
- ≤ 500 metros	248 (41,3)	145 (41,2)	103 (41,4)
- > 500 metros	353 (58,7)	207 (58,8)	146 (58,6)

Tabla 1. Características de los participantes en función del sexo.* Número de pacientes y porcentaje sobre el total de la columna. **Clasificación Domingo, 2013. ‡ Directivos, funcionarios, profesionales liberales, técnicos superiores, cuadros y mandos intermedios, administrativos, personal de servicios de protección y seguridad, y trabajadores manuales cualificados. ‡‡ Trabajadores manuales no cualificados (de la industria, comercio, servicios y sector primario) y amas de casa. *** Cuestionario de inactividad física BPAAT validado en Español: pacientes con actividad física suficientemente si realizan ≥ 3 sesiones/ semana de 20 min a intensidad vigorosa o ≥ 5 sesiones/semana de 30 min a intensidad moderada o ≥ 5 sesiones de cualquier combinación de AF moderada o vigorosa) o con inactividad física (insuficientemente activos) si no cumplen esos criterios

Frecuentación	Año anterior N (%)	2 años previos N (%)	3 años previos N (%)	Significación
Medicina de Familia				
- ≤ 5 Visitas	154 (27,3)	254 (42,2)	273 (45,4)	<0,001 ^{a,b,c}
- 6-10 Visitas	194 (32,3)	168 (28,0)	163 (27,1)	
- ≥ 11 Vistas	243 (40,4)	179 (29,8)	165 (27,5)	
Enfermería				
- ≤ 10 Visitas	486 (80,9)	510 (84,9)	503 (83,7)	<0,001 ^{a,b,c}
- > 10 Vistas	115 (19,1)	91 (15,1)	98 (16,3)	
Urgencias Atención Primaria				
- Ninguna visita	325 (54,1)	342 (56,9)	357 (59,4)	<0,001 ^{a,b,c}
- 1 o más visitas	276 (45,9)	259 (43,1)	244 (40,6)	
Urgencias Hospital				
- Ninguna visita	400 (66,6)	422 (70,2)	449 (74,7)	<0,001 ^{a,b,c}
- 1 o más visitas	201 (33,4)	179 (29,8)	152 (25,3)	

Tabla 2. Distribución de los pacientes en función de las visitas realizadas a consultas de Medicina de Familia, Enfermería y Servicios de Urgencias durante los tres años previos

^a Diferencia estadísticamente significativa entre año anterior y dos años previos.

^b Diferencia estadísticamente significativa entre año anterior y tres años previos.

^c Diferencia estadísticamente significativa entre dos y tres años previos.

Característica	1 año previo		2 años previos		3 años previos	
	Media DE	p	Media DE	p	Media DE	p
Sexo						
- Mujer	11,4 (8,0)	0,003*	9,6 (7,8)	<0,001*	9 (7,4)	<0,001*
- Hombre	9,7 (7,5)		7,4 (6,9)		6,8 (6,1)	
Edad						
- ≤ 65 años	8,3 (6,0)	<0,001*	6,6 (6,2)	0,001*	5,9 (5,2)	<0,001*
- > 65	15,0 (8,9)		12,5 (8,3)		12,1 (7,9)	
Estado Civil						
- Soltero, viudo, divorciado	9,6 (7,9)	0,001*	7,8 (7,1)	0,004*	6,8 (6,4)	<0,001*
- Casado o pareja	11,3 (7,8)		9,3 (7,7)		8,8 (7,2)	
Clase Social***						
- Clase I-V‡	8,6 (6,6)	<0,001*	6,7 (6,3)	<0,001*	6,2 (5,1)	<0,001*
- Clase VI-VII‡‡	11,7 (8,2)		9,7 (7,99)		9,1 (7,5)	
Nivel Escolarización						
- Sin estudios o primarios	12,0 (8,2)	<0,001*	10,0 (7,9)	<0,001*	9,3 (7,3)	<0,001*
- Estudios secundarios o superior	7,9 (6,3)		6,2 (6,1)		5,7 (5,5)	

Tabla 3. Frecuentación anual a consulta de Medicina de Familia según las características de los participantes. *U de Mann-Witney, ** Test de Kruskal-Wallis. ***Clasificación Domingo, 2013. ‡ Directivos, funcionarios, profesionales liberales, técnicos superiores, cuadros y mandos intermedios, administrativos, personal de servicios de protección y seguridad, y trabajadores manuales cualificados. ‡‡ Trabajadores manuales no cualificados (de la industria, comercio, servicios y sector primario) y amas de casa.

Fármacos consumidos						
-	≤ 2 fármacos	6,7 (4,8)		4,9 (4,4)		4,6 (4,3)
-	3-5 fármacos	10,7 (6,6)	<0,001**	9,0 (6,7)	<0,001**	8,1 (5,9)
-	6-8 fármacos	12,4 (7,0)		10,5 (7,1)		9,5 (8,19)
-	≥ 9 fármacos	18,1 (10,1)		15,2 (9,6)		14,7 (9,0)
Problemas salud (CIAP-2)						
-	≤ 1 Problemas salud	6,1 (4,5)		4,5 (4,49)		4,3 (3,9)
-	2-3 Problemas salud	8,8 (5,3)	<0,001**	7,1 (5,89)	<0,001**	6,1 (4,8)
-	4-5 Problemas salud	12,7 (7,19)		10,3 (6,6)		10,1 (6,4)
-	≥ 6 Problemas salud	17,2 (9,6)		14,9 (9,1)		14,0 (8,5)
Características ZBS						
-	Rural (<5.000 hab.)	13,6 (8,9)	<0,001*	11,1 (8,5)	<0,001*	10,0 (8,0)
-	No rural (≥ 5.000 hab.)	8,8 (6,4)		7,1 (6,3)		6,9 (5,9)
Proximidad domicilio a consulta MF						
-	≤ 500 metros	12,7 (8,6)	<0,001*	10,7 (8,2)	0,001*	9,9 (7,8)
-	> 500 metros	9,3 (6,9)		7,3 (6,7)		6,9 (8,0)

Tabla 3. D Frecuentación anual a consulta de Medicina de Familia según las características de los participantes. *U de Mann-Witney, ** Test de Kruskal-Wallis. ***Clasificación Domingo, 2013. ‡ Directivos, funcionarios, profesionales liberales, técnicos superiores, cuadros y mandos intermedios, administrativos, personal de servicios de protección y seguridad, y trabajadores manuales cualificados. ‡‡ Trabajadores manuales no cualificados (de la industria, comercio, servicios y sector primario) y amas de casa (continuación).

Característica clínica	1 año previo		2 años previos		3 años previos	
	Media (DE)	p	Media (DE)	p	Media (DE)	p
Diabetes mellitus tipo 2						
- Sí	14,7 (10,0)	<0,001*	11,8 (8,6)	<0,001*	12,1 (8,7)	<0,001*
- No	9,7 (6,9)		<0,001*	<0,001*	7,2 (6,1)	<0,001*
Hipertensión arterial						
- Sí	13,9 (8,7)	<0,001*	11,6 (8,4)	<0,001*	10,9 (8,0)	<0,001*
- No	8,2 (6,0)		6,5 (5,9)	<0,001*	5,9 (5,0)	<0,001*
Dislipemia						
- Sí	12,5 (8,2)	<0,001*	10,4 (8,4)	<0,001*	10,4 (8,2)	<0,001*
- No	9,6 (7,4)		<0,001*	<0,001*	6,7 (5,7)	<0,001*
Enfermedad cardiovascular						
- Sí	12,8 (8,4)	<0,001*	10,5 (8,1)	<0,001*	10,0 (7,7)	<0,001*
- No	7,8 (5,9)		6,3 (6,0)	<0,001*	5,6 (4,8)	<0,001*
Enfermedad Hematológica						
- Sí	14,8 (8,9)	<0,001*	12,3 (8,2)	<0,001*	11,0 (7,0)	<0,001*
- No	9,9 (7,4)		<0,001*	<0,001*	7,6 (6,9)	<0,001*

Tabla 4. Frecuentación anual a consulta de Medicina de Familia según las características clínicas (comorbilidad CIAP-2) de los participantes. *U de Mann-Witney.

Enfermedad digestiva						
- Sí	14,2 (9,4)		11,6 (8,5)		11,4 (8,6)	
- No	9,8 (7,1)	<0,001*	8,0 (7,1)	<0,001*	7,3 (6,2)	<0,001*
Enfermedad aparato locomotor						
- Sí	12,7 (8,9)		10,4(8,2)		9,9 (7,8)	
- No	9,3 (6,7)	<0,001*	<0,001*	<0,001*	6,9 (6,1)	<0,001*
Enfermedad respiratoria						
- Sí	13,2 (8,9)		11,4 (9,0)		10,5 (7,6)	
- No	10,1 (7,4)	<0,001*	8,1 (7,0)	<0,001*	7,5 (6,7)	<0,001*
Enfermedad Sistema nervioso						
- Sí	15,2 (7,6)		12,8 (9,1)		11,3 (8,2)	
- No	10,0 (7,7)	<0,001*	8,1 (7,1)	<0,001*	7,6 (6,6)	<0,001*
Enfermedad maligna						
- Sí	15,1 (8,9)		12,4 (8,9)		12,4 (8,4)	
- No	10,3 (7,6)	<0,001*	8,4 (7,4)	<0,001*	7,8 (6,7)	<0,001*
Ansiedad						
- Sí	13,6 (8,7)		11,3 (8,9)		10,6 (8,3)	
- No	10,1 (7,5)	<0,001*	8,2 (7,1)	<0,001*	7,6(6,6)	<0,001*
Depresión						
- Sí	13,8 (9,0)		12,3 (8,9)		11,6 (8,4)	
- No	10,1 (7,4)	<0,001*	8,0 (7,1)	<0,001*	7,4 (6,5)	<0,001*

Tabla 4. Frecuentación anual a consulta de Medicina de Familia según las características clínicas (comorbilidad CIAP-2) de los participantes. *U de Mann-Witney. (continuación).

Dimensión escala descriptiva EuroQol-5D	1 año previo		2 años previos		3 años previos	
	Media (DE)	p	Media (DE)	p	Media (DE)	p
Movilidad						
- No Problemas	9,8 (7,4)	<0,001*	7,9 (7,2)	<0,001*	7,2 (6,5)	<0,001*
- Si Problemas	12,6 (8,5)		10,5 (7,9)		10,2 (7,3)	
Cuidado Personal						
- No Problemas	10,2 (7,6)	<0,001*	8,3 (7,3)	<0,001*	7,6 (6,7)	<0,001*
- Si Problemas	15,3 (9,0)		13,5 (8,7)		13,0 (8,1)	
Actividades Cotidianas						
- No Problemas	9,8 (7,3)	<0,001*	8,1 (7,1)	<0,001*	7,4 (6,4)	<0,001*
- Si Problemas	14,0 (9,0)		11,1 (8,7)		11,0 (8,2)	
Dolor/Malestar						
- No Problemas	9,2 (7,3)	<0,001*	7,3 (6,8)	<0,001*	7,1 (6,7)	<0,001*
- Si Problemas	12,0 (9,1)		10,0 (8,0)		9,1 (7,0)	
Ansiedad/Depresión						
- No Problemas	9,6 (7,3)	<0,001*	7,6 (6,7)	<0,001*	7,0 (6,2)	<0,001*
- Si Problemas	13,7 (8,5)		11,8 (8,8)		11,0 (8,0)	

Tabla 5. Frecuentación anual a consulta de Medicina de Familia en función de la presencia de problemas en cada dimensión de la escala descriptiva EuroQol, clasificando como con problemas (niveles 2 y 3) y sin problemas (nivel 1) para cada una de las dimensiones. *U de Mann-Witney.

Variables	B	IC95 %	p
Sexo femenino	-1,858	-2,743 a -0,974	<0,001
Zona Básica Rural	-2,936	-3,914 a -1,959	<0,001
Mayor nº visitas realizadas a Urgencias de AP	0,342	0,127 a 0,556	0,002
Mayor nº vistas realizadas a Urgencias Hospitalarias	1,106	0,774 a 1,439	<0,001
Consumo de mayor nº fármacos	0,531	0,384 a 0,679	<0,001
Menor puntuación de escala visual cuestionario EuroQol (Calidad de vida relacionada con la Salud)	-0,052	-0,069 a -0,034	<0,001
Más nº de visitas a enfermería año anterior	0,235	0,180 a 0,291	<0,001
Presentar una Enfermedad del Sistema Nervioso	1,639	0,380 a 2,898	0,011
Contar con el diagnóstico de Ansiedad	1,263	0,062 a 2,463	0,039
Padecer una Enfermedad Respiratoria	1,298	0,129 a 2,467	0,030

Tabla 6. Variables asociadas mediante un modelo de regresión lineal múltiple a una mayor frecuentación a consultas de MF durante el año anterior. B: coeficiente de regresión. IC95 %: intervalo de confianza del 95 %.

utilización de las consultas. Nuestros resultados muestran una elevada frecuentación de los usuarios de las consultas de MF, visitando a su médico casi una vez al mes durante el último año. También se observó que el número de visitas fue superior durante el año anterior que los dos y tres años previos. Además, los resultados de este estudio demuestran una mayor asistencia a consultas de MF en relación con el sexo femenino, residencia en ZBS rurales, menor puntuación en la escala de calidad de vida, mayor número de visitas a Servicios de Urgencias y a consultas de enfermería, consumo superior de medicamentos y presencia de ciertas enfermedades.

De forma coincidente con estudios previos, hemos observado la influencia de las características sociodemográficas en la utilización de servicios de AP^{22,23}, pues visitaron más a su médico las mujeres, pacientes con menor clase social, con menor nivel de estudios, los mayores de 65 años y los casados o con pareja tanto el año anterior como los dos y tres previos. Incluso, se ha afirmado que las variables sociodemográficas son los predictores más potentes de los patrones de utilización tanto en AP como Hospitalaria²⁴, sin embargo, en nuestro caso, la única variable sociodemográfica relacionada con una mayor frecuentación en el análisis multivariante fue el sexo. Existen publicaciones anteriores que también observaron mayor frecuentación en las mujeres^{25,26}, mientras que otras no encontraron diferencias en función del sexo^{8,27}. La diferente metodología podría explicar estos resultados distintos.

También hemos comprobado que vivir más cerca de la consulta y residir en Zonas Rurales se asocian a superior frecuentación, confirmando la necesidad de tener en cuenta estos aspectos en la planificación de la prestación de cualquier Servicio Sanitario, especialmente en Comunidades como las dos Castillas y Andalucía, que entre las tres suman cerca del 50 % de la población rural española²⁸. Otros estudios también han mostrado que los centros pequeños situados en áreas rurales presentan mayor frecuentación, indicando que puede estar en relación con la población más envejecida^{29,30}, sin embargo, también debemos considerar otros aspectos como la posición socioeconómica que se ha evaluado en investigaciones anteriores^{31,32}.

Nuestros resultados muestran un incremento de las visitas anuales al médico durante los tres años analizados, coincidiendo con la tendencia de progresivo aumento de la utilización de estos recursos asistenciales observada en estudios previos¹³. También hemos observado mayor frecuentación a medida que aumentaba el número de medicamentos consumidos y con la presencia de determinadas enfermedades, de forma concordante con las investigaciones que asocian la frecuentación con la presencia de enfermedades orgánicas^{7,33} y de trastornos mentales^{27,34}. En nuestro caso, de forma coincidente con publicaciones previas⁶, comprobamos que la calidad de vida relacionada con la salud también influye en la frecuentación a consul-

tas de medicina de familia, por tanto la utilización de este servicio depende tanto de las necesidades en salud generadas por las propias patologías padecidas como de la percepción o la calidad de vida relacionadas con ellas. Otros estudios también han relacionado con la mayor frecuentación tanto a la presencia de la enfermedad física, el malestar psíquico como a la problemática social³⁵. En definitiva, existe un conjunto de malestares que resulta difícil analizar para los que no encontramos una interpretación orgánica y que debemos considerar en la organización y planificación de los recursos asistenciales.

A diferencia de los estudios que han evaluado la hiperfrecuentación a consultas de MF y de Urgencias^{13,29,36}, en nuestro caso hemos medido la asistencia a consultas de MF sin considerar a nuestros pacientes como hiperfrecuentadores o no, pues no existe una definición universal y consensuada de paciente hiperfrecuentador. Así, en la mayoría de publicaciones sobre este tema en AP se define como hiperfrecuentador a quien supera un cierto número de visitas determinado según un parámetro de una distribución (percentil u otro)¹⁴. Además, hemos estudiado la frecuentación a consulta de MF en los pacientes que acuden a las mismas, permitiendo entrevistarlos en el mismo momento y evaluar aspectos como la calidad de vida o los estilos de vida que no pueden ser analizados en estudios que utilizan registros de datos. Por tanto, disponer de datos referidos a los pacientes que acuden a nuestras consultas podría ofrecer una información más real que la obtenida de una base de datos en la que se reflejan visitas de personas que están asignadas a una consulta, pero que la pueden utilizar o no. Así, observamos mayor frecuentación a consultas de MF en residentes de ZBS rurales y en aquellos con más visitas a enfermería y a los Servicios de Urgencias. Estos resultados están en consonancia con aquellos que afirman que el propio sistema de salud, a través de aspectos como el modelo de organización, la disponibilidad de recursos, la cartera de servicios o la implantación de programas de salud, determina la utilización de los dispositivos de Atención Primaria^{37,38}.

Entre las limitaciones del estudio señalamos la probable variabilidad en el grado de cumplimentación de la historia clínica, pudiendo aportar información deficitaria sobre utilización de consultas o sobre otras variables. Además, no se han analizado todos los posibles factores condicionantes de la frecuentación, pues no hemos podido estudiar la satisfacción de los pacientes, las características de los profesionales o la relación entre pacientes y profesionales, sin embargo tanto las características de los profesionales³⁹ como la relación entre estos y los pacientes²¹ no siempre se han identificado como determinantes de la frecuentación en estudio previos.

Son necesarias investigaciones futuras de ámbito nacional que evalúen los diferentes aspectos que permitan determinar todos los aspectos relaciona-

dos con la utilización de las consultas de MF en usuarios de las mismas y, si se considera necesario, aclarar conceptos como la adecuación de la utilización y la utilización excesiva. Estos estudios deberían contemplar todos los factores relacionados tanto con los pacientes como con los profesionales y la organización, así como con la relación entre todos ellos.

En conclusión, hemos comprobado la elevada frecuentación a consulta de MF en los usuarios de las mismas y sus diferentes determinantes tanto sociodemográficos como de la organización, del estado de salud y del uso de otros servicios sanitarios. Hemos comprobado que acuden a consulta de MF casi una vez al mes y que son variables asociadas con mayor asistencia ser mujer, residir en una ZBS rural, tener menor puntuación en la escala de calidad de vida EuroQol, consumir mayor número de medicamentos, padecer algunos tipos de enfermedades y utilizar con mayor frecuencia las consultas de urgencias y las de enfermería. Estos resultados aportan información de utilidad en el diseño de estrategias de mejora en el uso, organización y planificación de estas consultas.

BIBLIOGRAFIA

- García Olmos L. Los estudios de utilización de servicios en la revista Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1994;14:1118-26.
- Fernández JL, Bolívar I, López J, Sanz E y Grupo de Trabajo sobre la Utilización de Servicios Sanitarios. El impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios médicos y de enfermería. *Aten Primaria*. 1996;18:52-7.
- Barómetro sanitario. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. [Consultado 6 octubre 2018]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2017/BS2017_ma.pdf
- Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005;119:118-37.
- Scaife B, Gill P, Heywood P. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract*. 2000;17:298-304.
- Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412-9.
- Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease specific? *Fam Pract*. 2006;23:444-52.
- Robles R, Gili M, Gelabert J, Lull M, Bestard F, Vicens C, et al. Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2009; 37:320-5.
- Bellón JA. Demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2016;38:293-8.
- Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden Ad, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract*. 1998; 48:895-8.
- Hiller W, Fichter MM. High utilizers of medical care. A crucial subgroup among somatising patients. *J Psychosom Res*. 2006;56:437-43.
- La Calle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: The myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56:42-8.
- Fernández C, Aguilar JM, Romero R, Rivas A, Fuentes ME, Gonzáles JJ. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias Aten Primaria. 2018;50:222-7.
- Luciano Devis JV, Serrano Blanco A, Grupo DASMA. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. 2008;40:631-2.
- Herdman M. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 (Supl 3):22-25.
- Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110: 550-6.
- Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999; 112(Supl 1):79-86.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C, Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27:236-72.
- Puig A, Peña O, Romaguera M, Duran E, Heras A, Solà M, et al. Cómo identificar la inactividad física en atención primaria: validación de las versiones catalana y española de 2 cuestionarios breves. *Aten Primaria*. 2012;44:485-93.
- Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. [Internet] [Consultado 6 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/12/14/pdfs/A51339-51349.pdf>.
- Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, Brähler E, Häuser W. Family physician-patient relationship and frequent attendance of primary and specialist health care: Results from a German population-based cohort study. *Patient Educ Couns*. 2016; 99:1213-19.
- Alameda A y Pazos A. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83:863-75.
- Rodríguez B, Martín MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;23:110-5.
- Carr-Hill RA, Rice N, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ*. 1996;312:1008-12.
- Pymont C, Butterworth P. Longitudinal cohort study describing persistent frequent attenders in Australian primary healthcare. *BMJ Open*. 2015;5:e008975.
- Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJ, van Weert HC. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract*. 2008;9:21.
- Bellón JA, Delgado-Sánchez A, de Dios Luna JD, Lardelli-Claret P. Patient psychosocial factors and primary care

- consultation: a cohort study. *Fam Pract.* 2007;24:562-9.
28. Informe 01/2018. El medio rural y su vertebración social y territorial. Consejo Económico y Social de España. [consultado el 15 de julio de 2018]. Accesible en: <http://www.ces.es/documents/10180/5461461/Inf0118.pdf>
 29. Menéndez N, Vaquero M, Toledano M, Pérez MM, Redondo R. Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria. *Gac Sanit.* 2019; 33:38-44.
 30. Luciano JV, Fernández A, Pinto-Meza A, Luján L, Bellón JA, García-Campayo J, et al. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *Br J Gen Pract.* 2010;60:49-55.
 31. Lostao L, Regidor E, Geyer S, Aïach P. Patient cost sharing and physician visits by socioeconomic position: findings in three Western European countries. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61:416-20.
 32. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME. La asociación de los ingresos económicos con la utilización y con la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit.* 2006;20:352-9.
 33. Kennedy N, O'Sullivan K, Hannigan A, Purtill H. Understanding pain among older persons: Part 2—the association between pain profiles and healthcare utilisation. *Age Ageing.* 2017;46:51-6.
 34. Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza N, Roca M. Mental disorders among frequent attenders in primary care. A comparison with routine attenders. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199:744-9.
 35. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health.* 2005 Feb. 119: 118-37.
 36. 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;33:78-85.
 37. Orozco D, Pedrera V, Gil V, Prieto I, Ribera M, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria.* 2004;33:69-77.
 38. Guarga A, Gil M, Pasarín M. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según formulas de gestión. *Aten Primaria.* 2000;26:600-6.
 39. Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Schene AH, van Weert HC. Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. *J Psychosom Res.* 2014;77:492-503