

Original

Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria

Nicolás Menéndez Granados^{a,*}, Manuel Vaquero Abellán^a, Manuel Toledano Estepa^b, Manuel Modesto Pérez Díaz^c y Rosa Redondo Pedraza^d^a Grupo «Investigación epidemiológica en atención primaria» del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España^b Dirección de la Unidad de Gestión Clínica Levante Norte, Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Servicio Sanitario Público de Andalucía, Córdoba, España^c Sistema de Información, Gerencia Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Servicio Sanitario Público de Andalucía, Córdoba, España^d Unidad de Gestión Clínica Huerta de la Reina, Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Servicio Sanitario Público de Andalucía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de diciembre de 2016

Aceptado el 13 de julio de 2017

On-line el 10 de octubre de 2017

Palabras clave:

Uso excesivo de los servicios de salud

Atención primaria de salud

Distribución espacial de la población

Tamaño de las instituciones de salud

Estudio observacional

RESUMEN

Objetivo: Describir la distribución de los pacientes hiperfrecuentadores en los diferentes centros de atención primaria del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.**Métodos:** Estudio de diseño ecológico, que incluye datos de 2011 a 2015. Se define hiperfrecuentador como aquel paciente que realiza más de 12 visitas por año. Se analiza de manera independiente para enfermería, medicina familiar y pediatría. Las variables dependientes son la prevalencia de hiperfrecuentación y la ratio de pacientes hiperfrecuentadores por profesional. Otras variables examinadas son las características demográficas de los usuarios del Distrito, el número de profesionales de la salud de cada centro y la utilización de las consultas por la población general. Para el estudio de la distribución de los hiperfrecuentadores se clasifican los centros de atención primaria en función del tamaño y del medio territorial (urbano, suburbano y rural).**Resultados:** La prevalencia media de hiperfrecuentadores es, para enfermería, del 10,86% (error estándar [EE]: 0,5); para medicina familiar, del 21,70% (EE: 0,7); y para pediatría, del 16,96% (EE: 0,7). Las ratios de pacientes hiperfrecuentadores en las diferentes categorías profesionales son 101,07 (EE: 5,0) para enfermería; 239,74 (EE: 9,0) para medicina familiar y 159,54 (EE: 9,8) para pediatría.**Conclusiones:** Existe una parte importante de usuarios de atención primaria que realiza un número elevado de consultas. De este grupo, las mujeres utilizan más las consultas de enfermería y medicina que los hombres. Se observa una mayor prevalencia en centros de menor tamaño en áreas rurales. Tomando como medida la ratio de pacientes hiperfrecuentadores por profesional, los centros de tamaño intermedio son los que presentan mayor hiperfrecuentación.© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Frequent attendance in a Primary Health Care District

ABSTRACT

Objective: To describe the distribution of frequent attenders (FA) through the different primary care practices in Cordoba-Guadalquivir Health District (Córdoba, Spain).**Methods:** An ecological study was performed, including data from 2011 to 2015. Defining FA as those subjects who made 12 or more appointments per year; independently analysed for nursing, general practice and paediatrics. Prevalence of frequent attendance and FA/professional ratio were used as dependent variables. Demographic characteristics from district population, number of health professionals and use of general facilities were also examined. Aiming to understand FA distribution, primary health settings were classified according to facility size and environmental location (urban, suburban and rural).**Results:** The mean prevalence for FA was 10.86% (0.5 SE) for nursing; general practice 21.70% (0.7 SE) and for paediatrics 16.96% (0.7 SE). FA/professional ratios for the different professional categories were: 101.07 (5.0 SE) for nursing, 239.74 (9.0 SE) for general practice and 159.54 (9.8 SE) for paediatrics.**Conclusions:** A major part of primary health care users make a high number of consultations. From this group, women overuse nursing and general practitioner services more compared to men. A higher prevalence of FAs was observed in smaller settings, in rural areas. Although taking the FAs:professional ratio as the bar, medium-size practices are more highly overused.© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Medical overuse

Primary health care

Residence characteristics

Health facility size

Observational study

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nicolasmendezgranados@gmail.com (N. Menéndez Granados).

Introducción

En el análisis del uso de las consultas de atención primaria se observa que existe un grupo reducido de pacientes que consumen un porcentaje significativo de la atención prestada. En términos generales, se estima que el 10% de los/las pacientes suponen una proporción del 30-50% de las consultas en atención primaria¹. Aunque existen diferentes indicadores del uso de recursos de salud, una parte importante de autores toma como referencia el número de consultas por unidad de tiempo, categorizando de esta manera entre pacientes normofrecuentadores e hiperfrecuentadores². Examinándolo de manera longitudinal, se observa que existe una gran variabilidad entre ambas categorías. Un mismo individuo puede variar el ritmo de frecuentación a lo largo del tiempo, pudiendo pasar de un grupo a otro de manera dinámica. Únicamente una proporción menor de la población hiperfrecuentadora mantiene este patrón de utilización durante periodos prolongados³. Smits et al.⁴, en una muestra de pacientes hiperfrecuentadores, hallaron que el 62% mantuvo el criterio de hiperfrecuentador durante 1 año, el 31% durante 2 años y solo el 7% durante un periodo de 3 años.

La hiperfrecuentación, como conducta de demanda de atención a la salud, está condicionada por la morbilidad, tanto orgánica como psicosocial^{5,6}, la sintomatología⁷, el estado funcional y la calidad de vida, la percepción del estado de salud y factores socioeconómicos⁸; además de la modulación que la edad y el sexo ejercen sobre el número de consultas realizadas⁹. La influencia de ciertas características psicosociales^{3,4,10}, el soporte social y la funcionalidad de las relaciones sociales¹¹ son motivo de interés en estos/as pacientes. Sin embargo, la utilización de recursos de salud no depende exclusivamente de la demanda iniciada por las personas usuarias, sino que los/las profesionales condicionan en gran medida el número de consultas consumidas. Especialmente, tras la valoración inicial de la demanda, recae en mayor medida en los/las profesionales sanitarios pautar el número de controles que requiere un determinado proceso. De esta manera, características personales de los/las profesionales, el estilo de atención que realicen, la relación profesional-paciente o el manejo de la agenda condicionan en gran medida la frecuentación de los/las pacientes^{12,13}. El propio sistema de salud, a través del 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^{14–16}.

Este fenómeno origina un gran impacto tanto en las personas usuarias como en quienes proveen el servicio de salud. Para la población general, supone una pérdida de accesibilidad y calidad asistencial, al limitarse la disponibilidad de las agendas o reducir el tiempo de consulta por paciente¹². Igualmente, para los/las profesionales supone una carga excesiva de trabajo¹⁷, además de un elevado coste económico para el sistema¹⁸. Nuestro objetivo es conocer su distribución y la posible variabilidad en función del tipo de centro o de las características de la población que atiende, con el fin de poder adaptar los recursos y las intervenciones de la manera más efectiva, generando un sistema de salud de mayor calidad y más eficiente.

Método

Se trata de un estudio ecológico. El análisis no se centra en individuos, sino en conjuntos poblacionales. Tomando como unidad los centros de atención primaria (CAP), incluyendo centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares.

El área de referencia es el Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Desde 2012 unifica el Distrito Sanitario de Córdoba, cuyo límite geográfico se circunscribe al municipio de Córdoba, y el Distrito Sanitario de

Guadalquivir, que gestiona la atención de los municipios del valle del Guadalquivir pertenecientes a la provincia cordobesa. En total se compone de 8 zonas básicas de salud (ZBS) en las que se distribuyen 54 CAP. La administración sanitaria se articula a través de 20 unidades de gestión clínica (13 en Córdoba y 7 en Guadalquivir). En este tipo de entidad administrativa, la gestión se realiza desde un centro cabecera, del que dependen otros CAP.

La variable resultado es la condición de hiperfrecuentador, definido como un/una usuario/a que ha realizado más de 12 consultas en el CAP durante el horario de atención ordinal en los últimos 12 meses. Se incluyen tanto visitas a demanda como programadas, telefónicas y visitas fuera de hora. Se excluyen las visitas a domicilio y la atención continuada prestada en el CAP fuera del horario de atención ordinaria. El análisis de la hiperfrecuentación se hace de manera independiente para enfermería, medicina familiar y pediatría, manteniéndose la misma definición de hiperfrecuentador para las tres categorías. Los criterios de definición de pacientes hiperfrecuentadores son los utilizados en la Gerencia del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Se toman como principales medidas de este fenómeno la prevalencia de pacientes hiperfrecuentadores en relación con la población que ha realizado una consulta al CAP por año, así como la ratio de hiperfrecuentadores por profesional y año.

Entre las variables independientes se han recogido variables demográficas de la población de referencia de los diferentes CAP, estudiando la distribución por sexo y el peso de los diferentes grupos de edad. Se ha completado el análisis atendiendo a diferentes indicadores demográficos, como la edad media, el índice de Sundberg, el índice de envejecimiento, la tasa de dependencia, el índice generacional de ancianos y la estructura de la población activa^{19,20}. Igualmente, se han tenido en cuenta las personas usuarias extranjeras registradas en cada CAP. Otras variables analizadas son el número y la categoría de profesionales sanitarios por CAP: enfermería, medicina familiar y pediatría; al igual que variables que miden la utilización general: la extensión de uso, definida como la proporción de usuarios/as que han consultado al menos en una ocasión en los últimos 12 meses en relación con la población total de referencia del CAP; y la intensidad de uso, definida como el número medio de visitas realizadas por los/las usuarios/as de un CAP en los últimos 12 meses.

Uno de los objetivos planteados ha sido analizar si existe diferencia en la prevalencia de hiperfrecuentadores en los diferentes CAP o si se trata de una proporción constante entre los diversos dispositivos. Por ello, los CAP se han clasificado en función del tamaño del centro y del medio territorial. En la [tabla 1](#) se especifican los criterios utilizados para esta clasificación. El área (urbana o rural) en la que se encuentra el CAP se ha determinado según el tamaño de la población censada. Se ha aplicado el punto de corte utilizado por Zoido y Arroyo²¹, empleando datos de 2015 del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía²². El tipo de centro se ha categorizado según la población de referencia a la que presta cobertura y el número de profesionales de enfermería y medicina familiar.

Los datos se han obtenido del Sistema de Información de la Gerencia de este Distrito Sanitario, y corresponden al periodo 2011–2015. La variable número de profesionales por centro se ha podido obtener solo para el año 2015. Por otra parte, no se dispone de los datos desagregados de cuatro de los consultorios auxiliares, ya que se incluyen en el cómputo del CAP del que dependen. Por tanto, se han analizado 50 de los 54 CAP que conforman el distrito. Su número y estructura apenas ha variado en este periodo, modificándose solo por la apertura de un centro de salud y la variación a consecuencia de ello de la población de referencia de tres CAP. Con objeto de no distorsionar los valores medios de estos centros, solo se han utilizado datos del último periodo.

Se han calculado medidas de tendencia central y de dispersión, en función del tipo de centro. Posteriormente se ha determinado

Tabla 1
Criterios de clasificación de los centros de atención primaria en función del tamaño del centro y del medio territorial en que se localiza

Clasificación CAP	CAP grande urbano	CAP intermedio suburbano	CAP pequeño rural
Municipio, entidad territorial (censo de habitantes)	>10.000	10.000-2.000	<2.000
Nº profesionales de la salud	>7 enfermeras y >6 médicos de familia	7-2 enfermeras y 6-2 médicos	1 enfermera y 1 médico
Población de referencia con tarjeta individual sanitaria	>10.000	10.000-2.000	<2.000

CAP: centro de atención primaria.

Fuente: criterios establecidos a partir de los datos consultados en el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (Censo de habitantes municipio-entidad territorial) y los datos proporcionados por el Sistema de Información de Gerencia del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir (Nº profesionales y población de referencia).

Tabla 2
Características demográficas de la población del Distrito Córdoba-Guadalquivir. Datos medios para 2011-2015

	Total distrito	CAP grande urbano	CAP intermedio suburbano	CAP pequeño rural	Significación
<i>Personas usuarias, media (DE)</i>	8906	22 156 (7426,8)	5337 (2128,3)	992 (372,9)	<0,001 ^{a,b,c}
<i>Mujer</i>	49,54	51,8	49,2	47,9	0,001 ^{a,b}
<i>Edad media (DE)</i>	42,57 (3,06)	40,91 (1,95)	41,81 (2,35)	45,99 (2,7)	<0,001 ^{b,c}
<i>Grupos de edad (años)</i>					
0-14	12,34	16,6	14,8	5,99	0,001 ^{b,c}
15-34	24,41	24,2	24,8	24,2	0,378
35-54	31,28	31,5	30,6	31,8	0,119
55-64	11,57	11,1	11,3	12,2	0,02 ^{b,c}
65-74	9,26	8,1	8,4	11,1	<0,001 ^{b,c}
>75	11,11	8,4	10,1	14,5	0,001 ^{a,b,c}
<i>Inmigrantes</i>	2,21	2,6	1,7	2,35	0,052
<i>Estructura población activa</i>	108,42	105,7	106,5	115,1	0,038
<i>Índice Sundbarg</i>	29,69 <78,97	34,26 <71,48	32,82 <78,06	18,62 <90,59	
<i>Índice envejecimiento</i>	173,36	103,1	128,3	338,7	<0,001 ^{b,c}
<i>Índice dependencia</i>	49,90	49,8	51,6	47,3	0,360
<i>Índice generacional anciano</i>	236,21	268,4	231,3	199,8	0,017 ^b

DE: desviación estándar.

^a Diferencia entre CAP grande y mediano.

^b Diferencia entre CAP grande y pequeño.

^c Diferencia entre CAP mediano y pequeño.

Fuente: datos proporcionados por el Sistema de Información de Gerencia del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

si existe diferencia entre los tipos de centro y las variables seleccionadas. En caso de presentar una distribución normal en todos los grupos, se ha realizado el análisis de varianza simple ANOVA-1; cuando algún grupo no la seguía, se ha aplicado la prueba de Kruskal-Wallis. En la comparación de la hiperfrecuentación por sexos se ha realizado la prueba t de Student para muestras relacionadas, en caso de que la distribución fuera normal; en caso contrario, el test de Wilcoxon. También se ha analizado la variación en el tiempo con el análisis de varianza ANOVA para medidas repetidas o el test de Friedman si los datos seleccionados no seguían una distribución normal. El nivel de significación estadística se ha fijado para todos los contrastes en $p < 0,05$. Todas las pruebas estadísticas se han realizado con el software SPSS v24.

Este estudio ha sido valorado por el Comité de Ética de la Investigación de Córdoba del Hospital Universitario Reina Sofía.

Resultados

Dentro del distrito, a la ZBS de Córdoba pertenecen 23 (46%) de los CAP, que prestan asistencia a 321.145 personas; las ZBS del valle del Guadalquivir engloban a 27 (54%) de los CAP analizados, dando cobertura sanitaria a 124.141 personas. Asisten a una media de 445.286 personas en todo el distrito en el período 2012-2015. Del conjunto de los CAP, 20 (40%) son centros de salud, siendo centros cabecera de las respectivas unidades de gestión clínica, de las que dependen los 29 (58%) consultorios locales y el único consultorio auxiliar analizado (2%). En función del tamaño y la localización del centro, 15 (30%) son CAP grandes urbanos, 18 (36%) son CAP intermedios suburbanos y 17 (34%) son CAP pequeños rurales; suponen, respectivamente, una proporción del 74,6%, el 21,6% y el 3,8% de la población a la que prestan asistencia.

En la [tabla 2](#) se exponen los datos demográficos de la población de referencia. La estructura muestra una población envejecida, en la que el grueso poblacional se sitúa en los grupos de edad adulta. La morfología de la pirámide es de perfil estrecho en la base y ancha en el cuerpo, propia de un modelo de transición demográfico como el de España. El índice de Sundbarg muestra, en todos los centros, poblaciones regresivas. Así, estudiando el cómputo total de población de referencia del distrito, se aprecia una disminución progresiva durante el periodo del estudio ($p < 0,05$). El grupo de edad pediátrica es similar en los CAP grandes e intermedios, pero es significativamente menor en los pequeños rurales. Los grupos de edad adulta no anciana son los que mayor peso poseen, con porcentajes muy similares en todos los centros. Sin embargo, la población anciana adquiere mayor proporción en los dispositivos de menor tamaño y medio rural; una tendencia indicada igualmente por el aumento en estos de la edad media y del índice de envejecimiento. El número de extranjeros en el conjunto del distrito es reducido (2,2%), sin diferencias entre áreas urbanas y rurales.

La [tabla 3](#) muestra datos referidos al número de profesionales y a la utilización por la población general. Los centros de mayor tamaño presentan una mayor cobertura poblacional, con ratios profesional/población menores que en centros más pequeños, a lo que se acompaña una mayor extensión de uso en estos últimos. La intensidad de uso en enfermería es mayor en los dispositivos de tipo intermedio, mientras que en medicina se mantiene la tendencia a ser mayor en los centros más pequeños. En el caso de pediatría, presenta una mayor extensión de uso en los centros grandes de áreas urbanas, aunque sin diferencias significativas, con una intensidad de uso similar entre los centros.

La prevalencia media de hiperfrecuentadores en el distrito es, para enfermería, del 10,86% (error estándar [EE]: 0,5); para medicina familiar, del 21,70% (EE: 0,7); y para pediatría, del 16,96% (EE:

Tabla 3
Datos descriptivos: profesionales de la salud. Utilización población general

	Total distrito	CAP grande urbano	CAP intermedio suburbano	CAP pequeño rural	Significación
<i>Enfermería</i>	5,46	12,6	3,7	1	
<i>Ratio enfermería</i>	0,81	0,59	0,72	1,10	
<i>Medicina familiar</i>	5,38	12,6	3,5	1	
<i>Ratio medicina</i>	0,89	0,68	0,80	1,17	
<i>Pediatría</i>	1,24	3,1	0,89	0	
<i>Ratio pediatría</i>	0,63	0,89	1,02	0	
<i>Enfermería</i>					
Extensión de uso (%)	75,86	61,88	76,44	87,63	<0,001 ^{a,b}
Intensidad de uso	4,59	3,85	5,22	4,57	<0,001 ^{a,b}
<i>Medicina de familia</i>					
Extensión de uso (%)	99,17	88,12	99,98	108,06	<0,001 ^{a,b,c}
Intensidad de uso	6,96	6,12	7,04	7,62	0,001 ^{a,b}
<i>Pediatría</i>					
Extensión de uso (%)	94,49	96	95,39	83,34	0,499
Intensidad de uso	5,84	5,52	6,18	5,78	0,399

Extensión de uso: datos correspondientes a 2011-2015. Intensidad de uso, número de profesionales y ratio de profesionales: datos de 2015.

^a Diferencia entre CAP grande y mediano.

^b Diferencia entre CAP grande y pequeño.

^c Diferencia entre CAP mediano y pequeño.

Fuente: datos proporcionados por el Sistema de Información de Gerencia del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

Tabla 4
Datos de hiperfrecuentación en el Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir

	Total distrito	CAP grande urbano	CAP intermedio suburbano	CAP pequeño rural	Significación
<i>Prevalencia hiperfrecuentadores enfermería (%)</i>	10,86	7,79	11,89	12,48	<0,001 ^{a,b}
Mujeres (%)	11,23	8,07	12,53	12,64	<0,001 ^{a,b}
Hombres (%)	10,31	7,42	11,03	12,09	<0,001 ^{a,b}
<i>Prevalencia hiperfrecuentadores medicina (%)</i>	21,70	16,98	22,53	24,99	<0,001 ^{a,b}
Mujeres (%)	25,68	19,94	27,18	29,16	<0,001 ^{a,b}
Hombres (%)	17,38	13,25	17,44	20,94	<0,001 ^{a,b,c}
<i>Prevalencia hiperfrecuentadores pediatría (%)</i>	16,96	15,33	18,36	17,46	0,132
Mujeres (%)	16,61	15,07	17,99	16,82	0,181
Hombres (%)	17,40	15,80	18,82	17,65	0,130
	Total distrito	CAP grande urbano	CAP intermedio suburbano	CAP pequeño rural	Significación
<i>Ratio hiperfrecuentadores/enfermería</i>	101,07	80,65	126,59	92,06	<0,001 ^{a,c}
Mujeres	56,59	46,50	73,17	47,94	<0,001 ^{a,c}
Hombres	44,47	34,15	53,42	44,12	0,001 ^a
<i>Ratio hiperfrecuentadores/medicina</i>	239,74	213,21	272,43	228,53	0,016 ^a
Mujeres	152,14	139,24	174,59	139,76	0,015 ^{a,b}
Hombres	87,60	73,98	97,84	88,76	0,014 ^a
<i>Ratio hiperfrecuentadores/pediatría</i>	159,54	161,74	157		0,836
Mujeres	75,48	76,06	74,81		0,908
Hombres	84,06	85,68	82,19		0,945

Prevalencia de hiperfrecuentadores: datos medios 2011-2015. Ratio hiperfrecuentadores/profesional de la salud: datos de 2015.

^a Diferencia entre CAP grande y mediano.

^b Diferencia entre CAP grande y pequeño.

^c Diferencia entre CAP mediano y pequeño.

Fuente: datos proporcionados por el Sistema de Información de Gerencia del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

0,7). Los datos de ratios de pacientes hiperfrecuentadores en las diferentes categorías profesionales son, para enfermería, 101,07 (EE: 5,0); para medicina familiar, 239,74 (EE: 9); y para pediatría, 159,54 (EE: 9,8).

La **tabla 4** muestra los datos totales y por sexo referentes a la hiperfrecuentación en las diferentes categorías de CAP. La prevalencia de hiperfrecuentación, tanto en enfermería como en medicina, muestra una tendencia a ser mayor, de manera significativa, en los centros de menor tamaño. Pediatría no muestra diferencias significativas en función del CAP. Sin embargo, al utilizar la ratio de pacientes hiperfrecuentadores por profesional se observa que los

más hiperfrecuentados son los CAP intermedios. Pediatría tampoco muestra significación con esta medida.

Comparando entre sexos, las mujeres presentan mayor prevalencia y ratio de hiperfrecuentación que los hombres, tanto en enfermería como en medicina. En pediatría es ligeramente superior en los varones, pero sin significación estadística. En función del tipo de centro, en enfermería la diferencia entre sexos no resulta relevante en los centros pequeños, aunque sí en los dispositivos intermedios y grandes. En el caso de medicina, en todos los centros la hiperfrecuentación es mayor en las mujeres. Pediatría muestra significación en centros grandes, pero no en el resto.

Tabla 5
Evolución de la hiperfrecuentación en el Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir. Datos anuales de prevalencia de hiperfrecuentación

	2015	2014	2013	2012	2011	Significación
<i>Prevalencia hiperfrecuentadores enfermería (%)</i>	10,80	10,96	11,20	11,10	11,42	0,736
Mujeres (%)	11,03	11,40	11,66	11,64	11,98	0,336
Hombres (%)	10,44	10,36	10,58	10,40	10,74	0,686
<i>Prevalencia hiperfrecuentadores medicina (%)</i>	20,92	21,44	21,06	22,69	24,06	<0,001 ^{c,d,f,g,h,i,j}
Mujeres (%)	24,80	25,20	25,11	27,14	28,30	<0,001 ^{c,d,f,g,h,i,j}
Hombres (%)	16,51	17,11	16,52	17,69	19,30	<0,001 ^{c,d,f,g,h,i,j}
<i>Prevalencia hiperfrecuentadores pediatría (%)</i>	16,58	15,44	15,83	16,75	16,56	0,171
Mujeres (%)	16,62	16,13	16,60	17,35	17,63	0,042
Hombres (%)	17,55	16,71	17,94	17,89	18,62	0,121

Prueba T de Wilcoxon año por año

^a 2015-2014.

^b 2015 y 2013.

^c 2015-2012.

^d 2015-2011.

^e 2014-2013.

^f 2014-2012.

^g 2014-2011.

^h 2013-2012.

ⁱ 2013-2011.

^j 2012-2011.

Fuente: datos proporcionados por el Sistema de Información de Gerencia del Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir.

El análisis de la evolución temporal, como se muestra en la [tabla 5](#), presenta una tendencia a disminuir la prevalencia de pacientes hiperfrecuentadores en medicina familiar, con significación estadística, mientras que los datos para enfermería y pediatría muestran variaciones a lo largo del periodo, pero no significativas.

Discusión

Se ha estudiado la distribución de la hiperfrecuentación en los diferentes CAP de un distrito sanitario. Se observa, en primer lugar, que una parte importante de las personas usuarias de atención primaria realiza un número elevado de consultas, existiendo diferencia en la distribución por sexos, pues las mujeres utilizan en mayor medida las consultas de enfermería y medicina. Existen diferencias significativas en la prevalencia de pacientes hiperfrecuentadores en los diferentes centros, siendo mayor en los centros de menor tamaño y localizados en áreas rurales. Sin embargo, tomando como medida la ratio de pacientes hiperfrecuentadores por profesional, son los centros de tamaño intermedio los que presentan mayor sobrefrecuentación.

La prevalencia de pacientes hiperfrecuentadores hallada en este estudio no difiere de lo encontrado en investigaciones con definiciones similares: en medicina de familia un 25,4%²³, un 20%²⁴ y un 21,7%²⁵; en pediatría, Orueta y López²⁶ determinaron, en un estudio retrospectivo, una prevalencia de hiperfrecuentadores del 16,4%; y respecto a enfermería, son escasos los estudios que permitan realizar una comparación con los datos de prevalencia o la ratio de pacientes hiperfrecuentadores por profesional obtenidos en nuestro análisis. En relación con la utilización general de las consultas de atención primaria, los datos de intensidad de uso disponibles para España muestran cifras similares en enfermería (4,3) y ligeramente inferiores para medicina (5,5) y pediatría (4,8)²⁷. En nuestro análisis se observa que, en la población adulta, las mujeres hiperfrecuentan más las consultas que los hombres, lo que coincide con los resultados de un gran número de estudios^{3,23,28}. Otros autores determinan que esta proporción varía en función del grupo de edad, tendiendo a igualarse en los grupos de mayor edad^{26,29-31}, aunque hay estudios que no encuentran diferencias significativas en función del sexo^{11,24}, lo que puede deberse a diferentes criterios metodológicos.

Respecto a la hiperfrecuentación en función del tipo de CAP, distinguiendo por tamaño y medio, pueden plantearse distintas

explicaciones sobre los factores que están implicados en las diferencias entre centros. En primer lugar, los resultados muestran que los centros pequeños situados en áreas rurales presentan una estructura demográfica más envejecida, lo cual puede asociarse con más hiperfrecuentación^{9,31}. Sin embargo, debería completarse el análisis estudiando otros factores determinantes no incluidos en nuestro estudio, como la morbilidad, la calidad de vida, los estilos de vida o el nivel socioeconómico, entre otros. Los centros de menor tamaño y rurales presentan una mayor ratio de profesionales de la salud por habitante, aunque a pesar de ello muestran indicadores de utilización general e hiperfrecuentación más altos que los centros de mayor tamaño con menor proporción de profesionales de la salud por habitante. Sería necesario evaluar en qué medida los factores relacionados con la población de usuarios/as y los relacionados con los/las profesionales presentan mayor influencia en este tipo de CAP.

Las principales limitaciones de nuestro estudio vienen dadas, en primer lugar, por el propio diseño ecológico, ya que este tipo de estudios analiza grupos poblacionales y no permite establecer conclusiones individuales, por lo que los resultados obtenidos solo nos permiten plantear hipótesis y mostrar tendencias. Igualmente, se ha analizado un número limitado de factores condicionantes de la prevalencia de hiperfrecuentación. No se han podido estudiar otros factores determinantes, como la edad de la población hiperfrecuentadora, los aspectos socioeconómicos, la morbilidad, la satisfacción de los/las pacientes o las características de los/las profesionales. Un aspecto limitante clásico en este tipo de estudios es la definición de hiperfrecuentación, pues no existe consenso en determinar unos criterios de definición que se deriven de un modelo explicativo global de la hiperfrecuentación. La utilización de definiciones basadas exclusivamente en criterios estadísticos presenta una gran limitación frente a aquellas que estratifican en función del sexo, la edad o la situación clínica^{9,28,32}. Además, en nuestro análisis se utiliza la misma definición para las tres categorías profesionales, cuando los cuidados de enfermería tienen un ritmo y una intensidad diferentes a los de la atención médica, y pediatría tiene un número considerable de visitas programadas y un perfil clínico no comparable al de las personas adultas, además de que la demanda de atención depende en gran medida de los progenitores o tutores de los/las menores.

Este estudio tiene como fortalezas el ser uno de los pocos disponibles con diseño ecológico que analiza la atención ordinaria

y no la atención de urgencias. Igualmente, los autores se centran en la hiperfrecuentación en medicina y pediatría, y en menor medida o de manera secundaria en enfermería. Otros elementos que dan fortaleza a este estudio son la disponibilidad de datos de 5 años y el hecho de medir la hiperfrecuentación mediante la ratio de pacientes hiperfrecuentadores por profesional, ya que no ofrece únicamente un dato crudo cuantitativo de la hiperfrecuentación, sino una medida de la sobrecarga de los/las profesionales.

Un número importante de personas usuarias utiliza las consultas de atención primaria con una frecuencia superior a la media. La hiperfrecuentación varía en función del sexo, siendo mayor en las mujeres en los grupos de edad adulta. La prevalencia de hiperfrecuentación es mayor en los centros con menos cobertura poblacional y menos número de profesionales, situados en áreas suburbanas o rurales. Es necesario implementar más investigación para determinar los elementos implicados y el grado de influencia sobre la distribución de la prevalencia de hiperfrecuentación, analizando tanto a las personas usuarias como a quienes ofrecen el servicio de salud.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En la hiperfrecuentación están implicados factores relacionados tanto con los pacientes como con quienes proveen el servicio de salud. Este fenómeno implica una pérdida de calidad asistencial y accesibilidad para los usuarios, además de una gran carga de trabajo para los profesionales de salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se ha determinado que existen diferencias en la prevalencia de hiperfrecuentación en función del tamaño y del medio territorial del centro de atención primaria. Deben estudiarse los factores que pueden explicar esta diferencia: morbilidad, estructura demográfica, factores socioeconómicos y elementos de relación entre profesionales y pacientes.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez Dardet.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado de manera activa en la concepción y el diseño del proyecto, así como en la recogida, la ordenación, el análisis y la interpretación de los datos utilizados en el estudio. La redacción y la revisión del manuscrito ha sido llevada a cabo por todas las personas firmantes. De esta manera, la versión final ha sido aprobada para su publicación por todos los participantes en este proyecto. Igualmente, todos los aspectos relacionados con el manuscrito han sido revisados y discutidos, permitiendo su exposición y defensa con la máxima precisión e integridad.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Vested P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005;119:118-37.
- Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412-9.
- Pymont C, Butterworth P. Longitudinal cohort study describing persistent frequent attenders in Australian primary healthcare. *BMJ Open*. 2015;5:e008975.
- Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, et al. 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.
- Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Fam Pract*. 2006;23:444-52.
- Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, et al. Mental disorders among frequent attenders in primary care. A comparison with routine attenders. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199:744-9.
- Kennedy N, O'Sullivan K, Hannigan A, et al. Understanding pain among older persons: Part 2 – the association between pain profiles and healthcare utilisation. *Age Ageing*. 2016;0:1-6.
- Young JT. Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociol Health Illn*. 2004;26:1-31.
- Luciano JV, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *Br J Gen Pract*. 2010;60:49-55.
- Rennemark M, Holst G, Fagerstrom C, et al. Factors related to frequent usage of the primary healthcare services in old age: findings from The Swedish National Study on Aging and Care. *Health Soc Care Community*. 2009;17:304-11.
- Bellón JA, Delgado-Sánchez A, Luna JD, et al. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract*. 2007;24:562-9.
- 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. 'I always look to be there' – a qualitative study of frequent attenders. *Br J Gen Pract*. 2000;50:716-23.
- Lugue-Mellado FJ, Gili-Ribes M, Berenguer-Gascón R, et al. Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. *Semergen*. 2010;36:243-52.
- Orozco D, Pedrera V, Gil V, et al. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria*. 2004;33:69-77.
- Guarga A, Gil M, Pasarín M. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según formulas de gestión. *Aten Primaria*. 2000;26:600-6.
- Neal RD, Heywood PL, Morley S. 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.
- Torres-Dragó A. Envejecimiento demográfico: un acercamiento a los métodos cuantitativos. *CIDE Digital*. 2010;1:77-98 (Consultado el 20/5/2017.) Disponible en: <http://demografia.rcm.upr.edu/index.php/cide-revista-digital/publicaciones>.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla: Consejería de Economía y Conocimiento. Sistema de Información Demográfica de Andalucía. Glosario. (Consultado el 20/5/2017.) Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sid/dossier/glosario.htm>.
- Zoido F, Arroyo A. La población de España. En: Arroyo A, editor. *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España*. España: Instituto Nacional de Estadística; 2003. p. 19-75.
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Nomenclátor de entidades y núcleos de población de Andalucía. Junta de Andalucía. (Consultado el 5/11/2016.) Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/nomenclator/index.htm>.
- Parejo N, Lendínez JM, Bermúdez FM, et al. Prevalencia y factores asociados a la hiperfrecuentación en la consulta de medicina de familia. *Semergen*. 2016;42:216-24.
- Robles R, Gili M, Gelabert J, et al. Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37:320-5.
- Mancera J, Muñoz F, Paniagua F, et al. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria*. 2001;27:658-62.
- Orueta JF, López de Munain J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo? Factores asociados con la utilización en pediatría de atención primaria. *Gac Sanit*. 2000;14:195-202.

27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. SIAP - Estadísticas de población, recursos y actividad. Actividad asistencial ordinaria 2015. (Consultado el 22/5/2017.) Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Act.ord.AP.2015.pdf>.
28. Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, et al. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract.* 2008;9:21.
29. Jorgensen JT, Andersen JS, Tjonneland A, et al. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort-based cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2016;17:9.
30. Muñoz AM, Guillén JJ, Fontcubierta J. Hiperfrecuentación e inmigración en los servicios de atención primaria en Cartagena, España. *Aten Fam.* 2010;17:4-9.
31. Jason XN, Li W, Shawn T, et al. A population-based cohort study of ambulatory care service utilization among older adults. *J Eval Clin Pract.* 2010;9:825-31.
32. Luciano JV, Serrano A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria.* 2008;40:631-2.