

# LA UTILITZACIÓ DELS SERVEIS SANITARIS

Josep M Borràs

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya

## Resum

La utilització de serveis sanitaris ha estat relacionada amb diversos factors socio-demogràfics, com l'edat, el sexe o el nivell socio-econòmic; amb l'estructura organitzativa de l'atenció sanitària, amb el finançament i amb l'estat de salut dels individus. En aquest article es revisen els principals resultats dels estudis d'utilització, centrats bàsicament en l'atenció primària. El principal factor relacionat amb la utilització dels serveis sanitaris és la necessitat de rebre assistència

mesurada segons el nivell de salut de cada individu, la resta de factors tenen una paper menor quan s'analitzen conjuntament. Quan el motiu de consulta es preventiu, les variables relacionades amb el nivell de salut no tenen tanta capacitat explicativa. Es comenten breument les limitacions metodològiques dels estudis i els problemes relatius a l'equitat en la utilització de serveis.

**Palabras clave:** Utilització de serveis sanitaris. Atenció Primària de Salut. Investigació de serveis sanitaris.

## LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

### Resumen

La utilización de los servicios sanitarios se ha relacionado con diversos factores socio-demográficos como la edad, el sexo o el nivel socio-económico; con la estructura organizativa de la atención sanitaria, con la financiación y con el estado de salud de los individuos. En este artículo se revisan los principales resultados de los estudios de utilización, centrados básicamente en la atención primaria. El principal factor relacionado con la utilización de los servicios sanitarios es la necesidad de recibir asistencia sanitaria medida según el nivel de salud de cada individuo, el resto de los factores tienen un papel menor cuando se analizan conjuntamente. Cuando el motivo de consulta es preventivo las variables relacionadas con el nivel de salud no tienen tanta capacidad explicativa. Se comentan brevemente las limitaciones metodológicas de los estudios y los problemas relativos a la equidad en la utilización de los servicios sanitarios.

**Palabras clave:** Utilización de servicios sanitarios. Atención primaria de salud. Investigación de servicios sanitarios.

## UTILIZATION OF HEALTH SERVICES

### Summary

Health services utilization has been associated to several socio-demographic factors, as age, gender, or socio-economic status. It has also been associated to the organizational structure and finance of health care, and to health status of the individuals.

In the present article main results of studies of health services utilization, are reviewed, with special emphasis on primary health care.

The main factor associated with health services utilization is health services need as measured by individual's health status. The rest of variables have a minor role when jointly analyzed. When utilization of services is caused for a preventive visit, variables related with health status are less explicative. Methodological limitations of these studies and problems when analyzing equity in utilization of health services are also discussed.

**Key words:** Health Services Utilization. Primary Health Care. Health Services Research.

## Introducció

**L**a utilització de l'atenció primària de la salut és una àrea d'interès en la recerca aplicada dels serveis sanitaris. La decisió d'utilitzar els serveis sanitaris és la

## Introducción

**L**a utilización de la atención primaria de la salud es una área de interés en la investigación aplicada de los servicios sanitarios. La decisión de utilizar los servicios sanitarios es

*Correspondencia:* Josep M. Borràs. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Pavelló Ave Maria. Travessera de les Corts, 131-159; 08028-Barcelona.

Este artículo fue *recibido* el 19 de octubre de 1992 y fue aceptado, tras revisión, el 8 de noviembre de 1993.

**Taula 1. Característiques dels principals tipus d'estudis**  
**Tabla 1. Características de los principales tipos de estudios**

	Demanda assistencial / <i>Demanda asistencial</i>	Utilització poblacional / <i>Utilización poblacional</i>
Població / <i>Población</i>	Usuaris del servei / <i>Usuarios del servicio</i>	Població general de risc / <i>Población general de riesgo</i>
Font d'informació / <i>Fuente de información</i>	Visita *	Individu enquestat / <i>Individuo encuestado</i>
Unitat d'anàlisi / <i>Unidad de análisis</i>	Visita Episodi assistencial / <i>Episodio asistencial</i>	Individu / <i>Individuo</i>
Variabls	Pròpies de la visita (raó de la visita i durada, problema de salut, diagnòstic, receptes, Rx...) / <i>Propias de la visita (razón de la visita y duración, problema de salud, diagnóstico, recetas, Rx...)</i>	Pròpies de l'individu (nº visites per any, accessibilitat, estat de salut...) / <i>Propias del individuo (nº visitas por año, accesibilidad, estado de salud...)</i>
Finalitat / <i>Finalidad</i>	Descripció, composició i càrrega assistencial consulta / <i>Descripción, composición y carga asistencial consulta</i>	Determinants i factors relacionats amb la decisió de consultar / <i>Determinantes y factores relacionados con la decisión de consultar</i>
Exemples estudis / <i>Ejemplos estudios</i>	Morbiditat atesa contingut de la consulta / <i>Morbididad atendida contenido de la consulta</i>	Enquesta de salut / <i>Encuesta de salud</i>

\* informació extreta del contacte assistencial / *información extraída del contacto asistencial.*

conseqüència d'una interacció complexa de factors relacionats amb l'estat de salut de l'individu, de la percepció que té l'individu sobre el seu estat de salut i de la disponibilitat d'oferta de serveis sanitaris. En una situació ideal l'ús dels serveis sanitaris dependria exclusivament del nivell de salut d'una persona o d'una comunitat. La realitat és força diferent, és una observació quotidiana que davant d'un problema de salut de similar gravetat una persona pot acudir al metge mentre altra pot no fer-ho; també, s'han constatat variacions en la pràctica mèdica i en la freqüentació dels usuaris de l'atenció primària que no poden ser explicades per diferències en la prevalença de la malaltia<sup>1-3</sup>. Aquestes observacions han portat a realitzar nombrosos estudis per tractar d'esbrinar quins factors estan relacionats amb diferències en la utilització de serveis sanitaris.

L'estudi de la utilització dels serveis sanitaris adopta dues perspectives diferents: des de dintre del sistema sanitari, amb la qual cosa es descriu la demanda assistencial feta pels usuaris dels serveis; i des de la població, a risc d'utilitzar els serveis sanitaris, amb la fi d'investigar els determinants de la utilització. Cada tipus de plantejament difereix en les seves fonts d'informació, unitats d'anàlisi i, sovint, en les variables recollides. Generalitzant, podríem dir

la consecuencia de una compleja interacción de factores relacionados con el estado de salud del individuo, de la percepción que el individuo tiene sobre su estado de salud y de la disponibilidad de oferta de servicios sanitarios. En una situación ideal el uso de los servicios sanitarios dependería exclusivamente del nivel de salud de una persona o de una comunidad, pero la realidad es bien diferente. Es una observación cotidiana que ante un problema de salud de similar gravedad una persona puede acudir al médico mientras que otra puede no hacerlo; también, se han constatado variaciones en la práctica médica y en la frecuentación de los usuarios de la atención primaria que no pueden ser explicadas por diferencias en la prevalencia de la enfermedad<sup>1-3</sup>. Estas observaciones han llevado a realizar numerosos estudios para tratar de averiguar cuáles son los factores que están relacionados con diferencias en la utilización de servicios sanitarios.

El estudio de la utilización de los servicios sanitarios adopta dos perspectivas diferentes: desde dentro del sistema sanitario, con lo que se describe la demanda asistencial hecha por los usuarios de los servicios; y desde la población, a riesgo de utilizar los servicios sanitarios, con la finalidad de investigar los determinantes de la utilización. Cada tipo de enfoque difiere en sus fuentes de información, unidades de análisis y, a menudo, en las variables recogidas.



que: si l'objectiu de la recerca és l'individu i els motius que determinen la seva utilització dels serveis sanitaris, el disseny de l'estudi més habitual és l'enquesta a una mostra representativa de la població. En canvi, si l'objectiu és l'estudi de les característiques de l'organització assistencial, el tipus de demanda existent, la càrrega assistencial, la morbiditat assistida, etc.; el disseny de l'estudi es basa en la informació recollida des del servei sanitari; i les fonts d'informació habitualment són enquestes a pacients o a usuaris, històries clíniques, informació recollida *ad hoc* en la consulta, entre d'altres<sup>4</sup>. A la taula 1 es presenta una descripció resumida d'aquestes diferències.

L'objectiu d'aquest article és revisar els resultats dels estudis d'utilització. Es defineix la utilització com la consecució de l'atenció proporcionada pels serveis sanitaris com a contacte assistencial. En aquest sentit, es diferencia de l'accessibilitat en què aquesta es defineix com l'oportunitat de rebre atenció sanitària, que pot ser utilitzada o no<sup>5</sup>. Aquesta diferenciació és important perquè en la literatura sovint es confon accessibilitat amb utilització o bé es considerada com un concepte global que inclou la utilització juntament amb resultats dels serveis sanitaris, com pot ser la satisfacció<sup>6</sup> o la millora de la salut<sup>7</sup>. En aquesta revisió s'adopta una perspectiva distinta, es diferencia l'accessibilitat de la utilització i dels resultats d'aquest ús dels serveis sanitaris i es restringeix la revisió als factors relacionats amb la utilització.

La revisió s'estructura a partir dels components d'un dels models d'utilització dels serveis sanitaris més utilitzat, el desenvolupat per Anderson l'any 1968. La revisió de la literatura se centra en presentar l'evidència observada en relació als factors determinants de la decisió d'utilitzar els serveis sanitaris, específicament els d'atenció primària. Per tant, s'exclouen de la revisió els factors relacionats amb el procés assistencial, com la prescripció farmacològica o la durada de la visita; i els relacionats amb la demanda assistencial. Aquests estudis són els més freqüentment realitzats al nostre país<sup>8-10</sup> i els seus resultats varen ser motiu d'una revisió que també considerava aspectes metodològics<sup>11</sup>.

---

### **Model d'anàlisi de la utilització de serveis sanitaris**

A la fi de la dècada dels anys seixanta Anderson va proposar un dels models d'anàlisi més aplicat, conegut com el «Model del comportament en la

Generalizando, podríamos decir que: si el objetivo de la investigación es el individuo y los motivos que determinan la utilización de los servicios sanitarios, el diseño del estudio más habitual es la encuesta a una muestra representativa de la población. En cambio, si el objetivo es el estudio de las características de la organización asistencial, el tipo de demanda existente, la carga asistencial, la morbilidad asistida, etc.; el diseño del estudio se basa en la información recogida desde el servicio sanitario; y las fuentes de información habitualmente son encuestas a pacientes o a usuarios, historias clínicas, información recogida *ad hoc* en la consulta, etc.<sup>4</sup>. En la tabla 1 se presenta una descripción resumida de estas diferencias.

El objetivo de este artículo es revisar los resultados de los estudios de utilización. Se define la utilización como la consecución de la atención proporcionada por los servicios sanitarios en forma de contacto asistencial. En este sentido, se diferencia de la accesibilidad en que ésta se define como la oportunidad de recibir atención sanitaria, que puede ser utilizada o no<sup>5</sup>. Esta diferenciación es importante porque en la literatura a menudo se confunde accesibilidad con utilización o bien se considera como un concepto global que incluye la utilización junto con resultados de los servicios sanitarios, como puede ser la satisfacción<sup>6</sup> o la mejoría de la salud<sup>7</sup>. En esta revisión se adopta una perspectiva distinta, se diferencia la accesibilidad de la utilización y de los resultados de este uso de los servicios sanitarios restringiendo la revisión a los factores relacionados con la utilización.

La revisión se estructura a partir de los componentes de uno de los modelos de utilización de los servicios sanitarios más utilizado, el desarrollado por Anderson el año 1968. La revisión de la literatura se centra en presentar la evidencia observada con relación a los factores determinantes de la decisión de utilizar los servicios sanitarios, específicamente los de atención primaria. Por tanto, se excluyen de la revisión los factores relacionados con el proceso asistencial, como la prescripción farmacológica o la duración de la visita; y los relacionados con la demanda asistencial. Estos estudios son los más frecuentemente realizados en nuestro país<sup>8-10</sup> y sus resultados fueron motivo de una revisión que también consideraba aspectos metodológicos<sup>11</sup>.

---

### **Modelo de análisis de la utilización de los servicios sanitarios**

A finales de la década de los años sesenta Anderson propuso uno de los modelos de análisis más aplicado, conocido como el «Modelo del compor-

**Taula 2. Model del comportament en la utilització del serveis sanitaris**  
**Tabla 2. Modelo del comportamiento en la utilización de los servicios sanitarios**

Components / Componentes		
Predisponent / Predisponente	Facilitador	Necessitat / Necesidad
Demogràfic / Demográfico - Edat / Edad - Sexe / Sexo - Estat civil / Estado civil - Grandària família / Tamaño familia	Recursos familiars i altres / Recursos familiares y otros - Renda / Renta - Assegurança Sanitària / Seguro sanitario - Font habitual d'assistència mèdica / Fuente habitual de asistencia médica - Preocupació per la salut / Preocupación por la salud - Temps transport / Tiempo de transporte - Temps d'espera del metge / Tiempo de espera al médico	Avaluació subjectiva / Evaluación subjetiva - Dies d'incapacitat / Días de incapacidad - Nombre de símptomes / Número de síntomas - Percepció de la salut / Percepción de la salud - Freqüència del dolor / Frecuencia del dolor
Factors socio-demogràfics / Factores socio-demográficos - Nivell educatiu / Nivel educativo - Classe social / Clase social - Feina / Trabajo - Raça, ètnia / Raza, etnia - Religió / Religión	Disponibilitat de recursos sanitaris / Disponibilidad de recursos sanitarios	Avaluació clínica / Evaluación clínica - Signes i símptomes / Signos y síntomas - Diagnòstic / Diagnóstico
Creences i valors / Creencias y valores - Coneixement de la malaltia / Conocimiento de la enfermedad - Dintell de resposta davant del símptoma / Dintel de respuesta ante el síntoma - Creences sobre l'eficàcia dels metges i serveis sanitaris / Creencias sobre la eficacia de los médicos y servicios sanitarios		

Font / Fuente: Andersen i Newman<sup>4</sup>.

utilització de serveis sanitaris»<sup>4</sup>. El model original d'Anderson és força eclèctic i està basat en tres components que es presuposen relacionades amb l'ús dels serveis sanitaris i que poden servir com predictors de la utilització: 1) la predisposició a utilitzar els serveis, 2) les condicions que en faciliten l'ús i 3) la necessitat d'utilitzar els serveis. Cada component es fa operatiu mitjançant diverses variables, de les quals se'n fa una enumeració no exhaustiva en la taula 2.

Les variables predisponents no es defineixen com a causes directes d'utilització, sinó com a determinants de la propensió a l'ús. Les variables facilitadores es refereixen a les condicions que garanteixen la disponibilitat i l'accessibilitat als serveis sanitaris. En el tercer component hi ha les variables relacionades amb la necessitat sentida pel pacient o l'usuari i la objectivada pel metge; variables, doncs, que hauran de considerar-se separatament.

Aquest model ha estat molt emprat amb l'objectiu de tractar de predir la utilització dels serveis sanitaris. La seva capacitat predictiva de

tamiento en la utilización de los servicios sanitarios»<sup>4</sup>. El modelo original de Anderson es bastante ecléctico y está basado en tres componentes que se presuponen relacionados con el uso de los servicios sanitarios y que pueden servir como predictores de la utilización: 1) la predisposición a utilizar los servicios sanitarios, 2) las condiciones que facilitan su uso y 3) la necesidad de utilizarlos. Cada componente se hace operativo mediante diversas variables, de las cuales se hace una enumeración no exhaustiva en la tabla 2.

Las variables predisponentes no se definen como causas directas de utilización, sino como determinantes de la propensión al uso. Las variables facilitadoras se refieren a las condiciones que garantizan la disponibilidad y el acceso a los servicios sanitarios. En el tercer componente están las variables relacionadas con la necesidad sentida por el paciente o el usuario y la objetivada por el médico; variables, pues, que habrán de considerarse de manera separada.

Este modelo ha sido muy usado con el objetivo de tratar de predecir la utilización de los servicios sanitarios. Su capacidad predictiva de la utilización ha



la utilització ha estat en general baixa, la proporció de variances explicada en anàlisi multivariants habitualment se situa entre el 10% i el 25% en la major part d'estudis<sup>12-15</sup>. En tots els casos, la variable amb major capacitat predictiva del model és la necessitat de rebre assistència, mentre que els altres components aporten molt poca capacitat predictiva de la utilització de serveis.

En els apartats següents, seguint l'estructura del model, es descriuen les relacions observades en la literatura entre els factors esmentats i la utilització de serveis.

---

## Factores predisponentes

### *Edat*

L'edat és, amb el sexe, el factor demogràfic recollit a tots els estudis d'utilització. Les taxes d'utilització augmenten de manera progressiva amb l'edat<sup>16-19</sup>.

Els majors de 65 anys són el grup d'edat que més visites fa per persona i any. En aquest sentit es interessant comentar les dades de Ross<sup>20</sup> en les quals demostra que els grans utilitzadors de serveis sanitaris només són un subgrup de totes les persones majors de 65 anys. Entre aquests, un 9% d'aquest grup de població explicava el 35% de totes les visites fetes en un any, i el 31% explicava el 72% de totes les visites. És a dir, una part relativament petita de la població d'aquesta edat és una gran usuària dels serveis i són les seves taxes les que incrementen les estadístiques agregades. S'ha discutit sobre les conseqüències de l'envelliment de la població en la utilització de serveis sanitaris i en l'increment del cost de l'atenció sanitària. L'aspecte clau del seu impacte potencial pot estar en el fet que aquests grups d'edat avançada augmentin la utilització dels serveis sanitaris de manera més accelerada que en els grups més joves<sup>21</sup>.

Les visites mèdiques també presenten diferències d'ús segons l'edat, en les enquestes realitzades a Espanya que continuen a les descrites a d'altres països. A la taula 3 es presenten la proporció de persones que declaren haver visitat un metge, en els quinze dies anteriors a l'enquesta, per a cada grup d'edat i sexe. Aquests resultats mostren la reducció en la utilització entre els anys 1983 i 1986 a Barcelona<sup>22, 23</sup>, mentre que els resultats del País Basc i els de l'enquesta estatal es troben en una situació intermèdia. Un factor que podria haver influït en la reducció observada a Barcelona és la modificació introduïda en la definició de visita

sido en general baja; la proporción de varianza explicada en análisis multivariantes habitualmente se sitúa entre el 10 y el 25% en la mayor parte de estudios<sup>12-15</sup>. En todos los casos la variable con mayor capacidad predictiva del modelo es la necesidad de recibir asistencia, mientras que los otros componentes aportan muy poca capacidad predictiva de la utilización de servicios.

En los siguientes apartados, y siguiendo la estructura del modelo, se describen las relaciones observadas en la literatura entre los factores mencionados y la utilización de servicios.

---

## Factores predisponentes

### *Edad*

La edad es, con el sexo, el factor demográfico recogido en todos los estudios de utilización. Las tasas de utilización aumentan de manera progresiva con la edad<sup>16-19</sup>.

Los mayores de 65 años con el grupo de edad que más visitas hacen por persona y año. En este sentido es interesante comentar los datos de Ross<sup>20</sup> en los cuales demuestra que los grandes utilizadores de servicios sanitarios sólo son un subgrupo de todas las personas mayores de 65 años. Entre estos, un 9% de este grupo de población explicaba el 35% de todas las visitas hechas en un año, y el 31% explicaba el 72% de todas las visitas. Es decir, una parte relativamente pequeña de la población de esta edad es una gran usuaria de los servicios y son sus tasas las que incrementan las estadísticas agregadas. Se ha discutido sobre las consecuencias del envejecimiento de la población en la utilización de servicios sanitarios y en el incremento del coste de la atención sanitaria. El aspecto clave de su impacto potencial puede estar en el hecho que estos grupos de edad avanzada aumentan la utilización de los servicios sanitarios de forma más acelerada que los grupos más jóvenes<sup>21</sup>.

Las visitas médicas también presentan diferencias de uso según la edad, en las encuestas realizadas en España que siguen las descritas en otros países. En la tabla 3 se presentan las proporciones de personas que declaran haber visitado un médico, en los quince días anteriores a la encuesta, por cada grupo de edad y sexo. Estos resultados muestran la reducción en la utilización entre los años 1983 y 1986 en Barcelona<sup>22, 23</sup>, mientras que los resultados del País Vasco y los de la encuesta estatal se encuentran en una situación intermedia. Un factor que podría haber influido en la reducción observada en Barcelona es la modificación introducida en la definición de visita

en l'enquesta; així, l'any 1983 no s'excloïen explícitament les visites sense relació personal amb el metge (contacte cara a cara), a diferència de l'any 1986. Les diferències de percentatge de persones visitades entre 1983 i 1986 són menors en el grup d'edat de majors de 65 anys i són molt marcades en la resta de grups. Al País Basc<sup>24</sup> la proporció de dones visitades és major que la dels homes (20,3% per 17,9%) i els grups d'edat més freqüentadors són els de l'edat mitjana de la vida, aquesta dada és distinta de la mostrada en l'enquesta de salut de Barcelona i de l'estatal. Per tal de valorar les diferències amb les altres enquestes cal tenir en compte que en l'enquesta del País Basc la definició de visita no exclou els contactes sense relació personal per raons de renovació de prescripcions o per raons administratives en la definició operativa de visita. A l'enquesta estatal<sup>25</sup> també s'inclouïen les visites realitzades mitjançant un contacte per telèfon. En aquesta darrera enquesta també cal tenir en compte que el treball de camp es va fer durant el més de juliol i, en conseqüència, presenta una forta estacionalitat.

L'enquesta espanyola<sup>25</sup> mostra la considerable variabilitat interregional existent: el 17,3% dels homes de Catalunya van declarar haver visitat el metge els quinze dies anteriors a l'enquesta per només el 9,0% a Astúries; mentre que en les dones la proporció més elevada va ser a la Comunitat Valenciana amb un 23,5% per un 13% de visites a Cantàbria.

L'enquesta feta a Barcelona<sup>23</sup> permet conèixer el nombre de visites declarades per persona/any. El resultat és de 6,9 visites per persona/any; per sexes són 6,1 en els homes i 7,6 en les dones. Per edats el mínim d'aquestes visites el trobem entre els 15-44 anys, amb 4,8, i el màxim en els majors de 65 anys, amb 11,5. El 70,3% dels enquestats declaren alguna visita al metge durant l'any anterior (65,9 en els homes i 74,2% en les dones). Cal esmentar que, de totes les visites mèdiques realitzades només el 43,2% són realitzades pel metge general i el 49,1% es realitzen en l'ambulatori de la Seguretat Social.

#### Sexe

El sexe és l'altre gran factor demogràfic que influeix sobre la utilització. La mortalitat diferencial per sexes és major en els homes respecte de les dones<sup>26</sup>. Malgrat això, les dones mostren repetidament una major utilització de serveis sanitaris que els homes<sup>17, 27-29</sup> (taula 3). Aquest diferencial de sexes pot ser reflex de diferències en el comportament relacionat amb la malaltia i la

en la encuesta; así, el año 1983 no se excluían explícitamente las visitas sin relación personal con el médico (contacto cara a cara), a diferencia del año 1986. Las diferencias de porcentaje de personas visitadas entre 1983 y 1986 son menores en el grupo de edad de mayores de 65 años y son muy marcadas en el resto de los grupos. En el País Vasco<sup>24</sup> la proporción de mujeres visitadas es mayor que la de los hombres (20,3 por 17,9%) y los grupos de edad más frecuentadores son los de edad media de la vida, este dato es distinto del mostrado en la encuesta de salud de Barcelona y de la estatal. Para valorar las diferencias con las otras encuestas se ha de tener en cuenta que en la del País Vasco la definición de visita no excluye los contactos sin relación personal por razones de renovación de prescripciones o por razones administrativas en la definición operativa de visita. En la encuesta estatal<sup>25</sup> también se incluían las visitas realizadas mediante un contacto por teléfono. En esta última encuesta también se ha de tener en cuenta que el trabajo de campo se hizo durante el mes de julio y, en consecuencia, presenta una fuerte estacionalidad.

La encuesta española<sup>25</sup> muestra la considerable variabilidad interregional existente: el 17,3% de los hombres de Cataluña declararon haber visitado al médico en los quince días anteriores a la encuesta, por tan sólo el 9,0% en Asturias; mientras que en las mujeres la proporción más elevada fue en la Comunidad Valenciana con un 23,5% de visitas, por un 13% en Cantabria.

La encuesta hecha en Barcelona<sup>23</sup> permite conocer el número de visitas declaradas por persona y año. El resultado es de 6,9 visitas por persona y año; por sexos es de 6,1 en los hombres y de 7,6 en las mujeres. Por edades el mínimo de estas visitas lo encontramos entre los 15-44 años con 4,8 y el máximo en los mayores de 65 años con 11,5. El 70,3% de los encuestados declaran haber hecho alguna visita al médico durante el año anterior (65,9 en los hombres y 74,2% en las mujeres). Cabe mencionar que de todas las visitas médicas realizadas tan sólo el 43,2% son realizadas por el médico general y que el 49,1% se realizan en el ambulatorio de la Seguridad Social.

#### Sexo

El sexo es el otro gran factor demográfico que influye sobre la utilización. La mortalidad diferencial por sexos es mayor en los hombres respecto de las mujeres<sup>26</sup>. Pese a esto, las mujeres muestran repetidamente una mayor utilización de servicios sanitarios que los hombres<sup>17, 27-29</sup> (tabla 3). Este diferencial de sexos puede ser reflejo de diferencias en el comportamiento relacionado con la enfermedad y la



utilització. Després d'ajustar pel nivell de salut i excloure les visites relacionades amb l'embaràs les diferències encara es mantenen a favor d'una major utilització entre les dones en l'atenció primària<sup>30, 31</sup>.

Una possible explicació de la major utilització pot ser explicada perquè les dones presenten una major morbiditat de malalties de poca gravetat, mentre que els homes pateixen amb major freqüència malalties més greus<sup>27, 31</sup>. També s'ha apuntat que la percepció dels símptomes pot ser diferent entre els dos sexes pel propi procés de socialització que fa que els homes tendeixen a ignorar els símptomes, mentre que les dones tenen un dintel més baix de resposta al símptoma; la reacció diferent davant de l'estrès que els homes no l'exterioritzen tant com ho poden fer les dones i, finalment, també disposarien d'una major capacitat d'adaptar el seu temps a les hores de consulta<sup>32-34</sup>. Una de les conseqüències d'aquest conjunt de factors seria el major volum de visites mèdiques observada entre les dones.

En relació al major nombre de símptomes percebut per les dones es interessant un estudi fet a Anglaterra, que ha utilitzat el «Nottingham Health Profile» com a mesura de la morbiditat percebuda en la població. S'observà que les dones manifestaven patir major morbiditat a cada grup d'edat, però de manera més marcada en edats joves. Aquest fet s'acompanyava d'un increment d'utilització de l'atenció primària<sup>35</sup>.

#### *Altres factors socio-demogràfics*

Entre aquestes variables destaquen la influència de l'origen ètnic, la immigració i el nivell socio-econòmic. Respecte del primer, s'han observat majors dificultats per accedir als serveis sanitaris per a la població de raça negra i la hispana als Estats Units<sup>36</sup>. D'altra banda, cal tenir en compte l'efecte conjunt que té sobre aquestes minories el nivell socio-econòmic baix i l'atur<sup>37-39</sup> que origina barreres per a poder accedir als serveis sanitaris.

Hi ha pocs estudis de l'efecte de la immigració sobre els perfils d'utilització a Europa. En general, els immigrants mostren una major utilització respecte de la població autòctona, una vegada ajustada pel nivell socio-econòmic i l'edat, com mostra un estudi fet a Anglaterra<sup>40</sup>. Altres estudis han mostrat que, respecte dels immigrants, era més probable que la població autòctona anglesa obtingués com resultat de la visita una nova citació o una recepta<sup>41, 42</sup>. Les queixes més imprecises són més freqüents entre els

utilització. Después de ajustar por el nivel de salud y de excluir las visitas relacionadas con el embarazo las diferencias aún se mantienen a favor de una mayor utilización entre las mujeres en la atención primaria<sup>30, 31</sup>.

Una posible explicación de la mayor utilización puede ser explicada porque las mujeres presentan una mayor morbilidad de enfermedades de poca gravedad, mientras que los hombres sufren con mayor frecuencia enfermedades más graves<sup>27, 31</sup>. También se ha apuntado que la percepción de los síntomas puede ser diferente entre los dos sexos debido al propio proceso de socialización que hace que los hombres tiendan a ignorar los síntomas, mientras que las mujeres tendrían un dintel más bajo de respuesta al síntoma; la reacción diferente ante el estrés que los hombres no exteriorizarían tanto como lo pueden hacer las mujeres y, finalmente, también dispondrían de una mayor capacidad de adaptar su tiempo a las horas de consulta<sup>32-34</sup>. Una de las consecuencias de este conjunto de factores sería el mayor volumen de visitas médicas observado entre las mujeres.

En relación al mayor número de síntomas percibido por las mujeres es interesante un estudio hecho en Inglaterra, utilizando el «Nottingham Health Profile» como medida de la morbilidad percibida en la población. Se observó que las mujeres manifestaban sufrir una mayor morbilidad en cada grupo de edad, pero de forma más marcada en edades jóvenes. Este hecho se acompañaba de un incremento de utilización de la atención primaria<sup>35</sup>.

#### *Otros factores socio-demográficos*

Entre estas variables destaca la influencia del origen étnico, la inmigración y el nivel socioeconómico. Por lo que respecta al primero se han observado mayores dificultades para acceder a los servicios sanitarios por la población de raza negra y la hispana en los Estados Unidos<sup>36</sup>. Por otro lado, se ha de tener en el efecto conjunto que tiene sobre estas minorías el bajo nivel socioeconómico y el desempleo<sup>37-39</sup>, efecto que origina barreras para poder acceder a los servicios sanitarios.

Hay pocos estudios del efecto de la inmigración sobre los perfiles de utilización en Europa. En general, muestran una mayor utilización por parte de los inmigrantes respecto de la población autóctona una vez ajustada por el nivel socioeconómico y por la edad, como muestra un estudio hecho en Inglaterra<sup>40</sup>. Otros estudios han demostrado que, respecto de los inmigrantes, era más probable que la población autóctona (ingleses) obtuviera como resultado de la visita una nueva citación o una receta<sup>41, 42</sup>. Las quejas más im-

**Taula 3. Proporció de persones que declaren haver estat visitades en les dues setmanes anteriors (en percentatges)**  
**Tabla 3. Proporción de personas que declaran haberse visitado en las dos semanas anteriores (en porcentajes)**

Grup edat / Grupo de edad	1983	Barcelona 1986	País Basc / País Vasco 1986	Espanya / España 1987
Homes / Hombres				
0-14	24,4	19,4	18,5	15,7
15-44	10,3	14,0	26,9	11,5
45-64	14,1	16,9	31,2	18,6
65 +	28,6	26,5	23,4	26,4
TOTAL	19,2	15,1	20,3	15,5
Dones / Mujeres				
0-14	30,2	20,8	18,5	15,9
15-44	22,8	15,1	26,9	14,8
45-64	26,5	21,7	31,2	23,7
65 +	25,6	25,2	23,4	23,4
TOTAL	25,8	19,4	20,3	20,2

Font: elaboració pròpia a partir de les referències<sup>22-25</sup> / Fuente: elaboración propia a partir de las referencias<sup>22-25</sup>.

immigrants i presenten un major nombre de problemes socials<sup>43</sup>.

La utilització de serveis sanitaris varia segons el nivell socio-econòmic. Kleineman<sup>44</sup> constata, amb dades del «National Ambulatory Medical Care Survey» (NAMCS) americana, una major utilització quan la població era de nivell social baix, però aquesta relació desapareixia quan es controlava per l'edat i per la percepció del nivell de salut. Una vegada fet l'ajust les persones incloses en el nivell de pobresa tenien menys visites mèdiques que les d'ingressos econòmics més alts. Aquest efecte es produeix perquè en els nivells baixos la morbiditat és major. Bucquet<sup>35</sup> demostrà una major morbiditat percebuda en les persones de classe social baixa (mesurada segons la professió) respecte de les que no és baixa, que no s'associava a diferències paral·leles de la utilització. El *black report* anglès conclou que les persones de nivell socio-econòmic baix tenen una menor utilització dels serveis sanitaris quan es té en compte la diferència de morbiditat<sup>45</sup>. A Espanya també s'han constatat diferències similars. Per exemple, a igualtat de percepció dolenta de la salut les persones enquestades de classe social alta

precisas son mas frecuentes entre los inmigrantes y presentan un mayor número de problemas sociales<sup>43</sup>.

La utilización de servicios sanitarios varia según el nivel socioeconómico. Kleineman<sup>44</sup> constató, con datos del «National Ambulatory Medical Care Survey» (NAMCS) americano, una mayor utilización por parte de la población de nivel social bajo, pero esta relación desaparecía cuando se controlaba por la edad y por la percepción del nivel de salud. Una vez hecho el ajuste, las personas incluidas en el nivel de pobreza tenían menos visitas médicas que las de ingresos económicos más altos. Este efecto se produce porque en los niveles bajos la morbilidad es mayor. Bucquet<sup>35</sup> demostró una mayor morbilidad percibida en las personas de clase social baja (medida según la profesión) respecto de las de clase social no-baja que no se asociaba a diferencias paralelas de la utilización. El *black report* inglés concluye que las personas de bajo nivel socioeconómico tienen una menor utilización de los servicios sanitarios, cuando se tiene en cuenta la diferencia de morbilidad<sup>45</sup>. En España también se han constatado diferencias similares. Por ejemplo, a igualdad de mala percepción de la salud las personas encuestadas de clase social



mostraven una major proporció de visites mèdiques i d'hospitalització<sup>46</sup>.

L'evidència de desigualtats en l'ús de serveis sanitaris a Anglaterra ha estat discutida per altres autors. Collins i Klein<sup>47</sup> no varen observar un gradient d'utilització segons la classe social, excepte pels individus que declaraven absència de morbiditat. Posteriorment, altres autors han observat que les diferències segons nivell socio-econòmic són reduïdes i confinades a alguns subgrups de població<sup>48, 49</sup>. La discussió d'aquests resultats té un component metodològic (mesura de l'estat de salut, manera de controlar l'efecte conjunt de l'estat de salut i del nivell socio-econòmic, entre d'altres) i de qualitat de les dades que encara és motiu de controvèrsia<sup>50-52</sup>; malgrat això, cal fer notar que la major part d'estudis troben diferències en alguns subgrups de motius de consulta o de nivell de salut segons nivell socio-econòmic.

Un dels motius de consulta en què s'ha observat una desigualtat més marcada i consisten entre estudis és en les visites preventives<sup>15, 53-55</sup>, així com en les dentals i les ginecològiques; sobretot per diferències en la utilització de serveis mèdics privats<sup>56</sup>. A Espanya s'ha observat<sup>57</sup> aquesta utilització diferencial per un sector de la població (jove i amb nivell educatiu elevat) que acudeix amb més freqüència que la resta a tots els serveis preventius (dentista, control ginecològic, pediàtric o oftalmològic) oferts pel sistema sanitari. L'associació del nivell educatiu amb d'altres motius de visites que no siguin els preventius és menys clara, com passa amb d'altres mesures de nivell socio-econòmic. En alguns estudis no hi ha relació entre els motius de visita una vegada es controla per altres factors<sup>15, 58</sup> o inclús quan aquesta relació és inversa<sup>59</sup>. L'atur és una variable associada a l'augment de la consulta al metge general una vegada es controla segons el nombre de malalties declarades<sup>60</sup>.

---

### **Factores facilitadores**

#### *Disponibilidad y características del metge*

L'edat i el sexe són les dues característiques dels metges més relacionades amb la utilització dels serveis sanitaris. Les taxes de freqüentació són més baixes en els metges més vells i en els més joves. L'edat i el sexe dels metges i la dels seus pacients tendeix a assemblar-se. L'edat i el sexe del metge també afecten el contingut de la consulta, així els metges joves acostumen a demanar més proves diagnòstiques<sup>61</sup>. L'especialitat del metge

alta mostraban una mayor proporción de visitas médicas y de hospitalización<sup>46</sup>.

La evidencia de desigualdades en el uso de servicios sanitarios en Inglaterra ha estado discutida por otros autores. Collins y Klein<sup>47</sup> no observaron un gradiente de utilización según la clase social, excepto por los individuos que declaraban ausencia de morbilidad. Posteriormente, otros autores han observado que las diferencias según el nivel socioeconómico son reducidas y confinadas a algunos subgrupos de población<sup>48, 49</sup>. La discusión de estos resultados tiene un componente metodológico (medida del estado de salud, forma de controlar el efecto conjunto del estado de salud y del nivel socioeconómico, entre otros) y de la calidad de los datos que aún son motivo de controversia<sup>50-52</sup>; pese a esto, se observa que la mayor parte de estudios encuentran diferencias en algunos subgrupos de motivos de consulta o de nivel de salud según nivel socioeconómico.

Uno de los motivos de consulta en los que se ha observado una desigualdad más marcada y consistente entre estudios es en las visitas preventivas<sup>15, 53-55</sup>, así como en las dentales y las ginecológicas; sobre todo por diferencias en la utilización de servicios médicos privados<sup>56</sup>. En España se ha observado<sup>57</sup> esta utilización diferencial por un sector de la población (joven y con un nivel educativo alto) que acude con más frecuencia que el resto a todos los servicios preventivos (dentista, control ginecológico, pediátrico y oftalmológico) ofrecidos por el sistema sanitario. La asociación del nivel educativo con otros motivos de visitas que no sean los preventivos es menos clara, como pasa con otras medidas de nivel socioeconómico. En algunos estudios no hay relación entre los motivos de visita una vez se controla por otros factores<sup>15, 58</sup> o incluso esta relación es inversa<sup>59</sup>. El desempleo es una variable asociada al aumento de la consulta al médico general una vez se controla según el número de enfermedades declaradas<sup>60</sup>.

---

### **Factores facilitadores**

#### *Disponibilidad y características del médico*

La edad y el sexo son las dos características de los médicos más relacionados con la utilización de los servicios sanitarios. Las tasas de frecuentación son más bajas en los médicos más viejos y en los más jóvenes. La edad y el sexo de los médicos y la de sus pacientes tiende a parecerse. La edad y el sexo del médico también afectan el contenido de la consulta, así los médicos jóvenes suelen pedir más pruebas diagnósticas<sup>61</sup>. La especialidad del médico

també influeix sobre la utilització de recursos sanitaris<sup>62</sup>. Els metges de família i els internistes demanen més proves que els generalistes<sup>61</sup>. En els darrers anys s'han constatat canvis significatius als Estats Units d'Amèrica respecte del contingut de les consultes mèdiques, que actualment tenen un major contingut preventiu i de consell mèdic, mentre que no s'incrementen la demanda de proves diagnòstiques<sup>63</sup>. Les dones metges recomanen un nombre major de proves preventives per càncer (mamografia i citologia de Papanicolau) a les seves pacients<sup>64, 65</sup>. També presenten estils assistencials diferents, durada major de la consulta, contingut major en consell mèdic i una continuïtat assistencial<sup>66-68</sup>.

Una mesura molt emprada als Estats Units d'Amèrica és la de si l'individu declara disposar de metge habitual. Aquesta variable ha estat força correlacionada de manera positiva amb la utilització de serveis sanitaris<sup>15</sup>. Hi ha dades que suggereixen que si, a banda de tenir accessibilitat regular a l'assistència mèdica, s'estableix una relació personal amb el metge, s'incrementa la utilització, especialment de les visites iniciades pel pacient<sup>59, 69</sup>.

#### *Accessibilitat*

L'accessibilitat als serveis sanitaris ha estat estudiada des de diverses perspectives i és un concepte força controvertit<sup>70</sup>. Com ja s'ha mencionat a la introducció, sovint és confon accessibilitat als serveis sanitaris amb la seva utilització. Mooney<sup>5</sup> especifica que el concepte d'accessibilitat es refereix a l'oportunitat d'utilitzar un servei sanitari i, en conseqüència, l'aspecte rellevant és l'oferta de serveis sanitaris. En canvi, la seva utilització es refereix a l'oferta i a la demanda d'aquests serveis. Com és evident, visitar el metge no només depèn de la disponibilitat que té, sinó també de la percepció dels beneficis de l'individu i del seu estat de salut.

Alguns autors han conceptualitzat l'accessibilitat mitjançant diverses dimensions que descriuen el grau d'acord del sistema sanitari amb els usuaris. En síntesi, l'accessibilitat es componria de cinc dimensions: la disponibilitat de serveis, l'accés físic o geogràfic (distància, temps d'espera, etc.), l'adaptació de l'organització assistencial (horaris consulta, etc.), la capacitat de pagament i l'acceptabilitat del servei<sup>71</sup>. El conjunt d'aquestes dimensions està molt centrat en aspectes de l'oferta de serveis i de la percepció que té l'usuari d'aquesta oferta.

Les variables més habitualment considerades en el model d'Anderson analitzen l'accessibilitat a

también influye sobre la utilización de recursos sanitarios<sup>62</sup>. Los médicos de familia y los internistas piden más pruebas que los generalistas<sup>61</sup>. En los últimos años se han constatado cambios significativos en los Estados Unidos de América respecto al contenido de las consultas médicas que actualmente tienen un mayor contenido preventivo y de consejo médico, mientras que no se incrementa la demanda de pruebas diagnósticas<sup>63</sup>. Las mujeres médico recomiendan un mayor número de pruebas preventivas por cáncer (mamografía y citología de Papanicolau) a sus pacientes<sup>64, 65</sup>. También presentan estilos asistenciales diferentes: una mayor duración de la consulta, un mayor contenido en consejo médico y una continuidad asistencial<sup>66-68</sup>.

Una variable muy utilizada en los Estados Unidos de América es la de si el individuo declara disponer de médico habitual. Esta variable ha sido muy correlacionada de forma positiva con la utilización de servicios sanitarios<sup>15</sup>. Hay datos que sugieren que si, aparte de tener acceso regular a la asistencia médica, se establece una relación personal con el médico, se incrementa la utilización, especialmente de las visitas iniciadas por el paciente<sup>59, 69</sup>.

#### *Accesibilidad*

La accesibilidad a los servicios sanitarios ha sido estudiada desde diversas perspectivas y es un concepto bastante controvertido<sup>70</sup>. Como ya se ha mencionado en la introducción, a menudo se confunde la accesibilidad a los servicios sanitarios con su utilización. Mooney<sup>5</sup> remarca que el concepto de accesibilidad se refiere a la oportunidad de utilizar un servicio sanitario y, en consecuencia, el aspecto relevante es la oferta de servicios sanitarios. En cambio, su utilización se refiere a la oferta y a la demanda de servicios. Como es evidente, visitar el médico depende solamente de su disponibilidad, si no también de la percepción de los beneficios por parte del individuo y de su estado de salud.

Algunos autores han conceptualizado la accesibilidad mediante diversas dimensiones que describen el grado de acuerdo del sistema sanitario con los usuarios. En síntesis, la accesibilidad se componría de cinco dimensiones: la disponibilidad de servicios, el acceso físico o geográfico (distancia, tiempo de espera, etc.), la capacidad de pago y la aceptabilidad del servicio<sup>71</sup>. El conjunto de estas dimensiones está muy centrada en aspectos de la oferta de servicios y de la percepción que tiene el usuario de esta oferta.

Las variables más habitualmente consideradas en el modelo de Anderson analizan la accesibilidad



partir dels indicadors més «geogràfics»<sup>6</sup>, com són la distància respecte de la consulta i el temps d'espera. En general, s'ha observat que quan major és la distància de la consulta menor es el nombre de visites<sup>72-75</sup>. Un aspecte sovint oblidat del problema de l'accessibilitat és el paper del recepcionista com a persona que fa de porta d'entrada al metge i, en conseqüència, actua com a filtre. El seu paper s'ha valorat com important en quatre àrees: gestionar les citacions per a visites, demanar el motiu de la sol·licitud de consulta domiciliària, rebre les trucades adreçades al metge i donar consells sanitaris. Amb l'augment de la complexitat dels consultoris i del nombre de metges que hi presten servei, els recepcionistes adopten un paper més rígid i inflexible, fet que pot incrementar la hostilitat dels pacients respecte d'aquest *staff*, i tenir conseqüències en l'actitud dels usuaris en la consulta<sup>76</sup>.

#### *Aspectes d'organització i de finançament*

Globalment, s'ha prestat poca atenció a la influència dels models organitzatius de l'assistència sobre la utilització fora dels Estats Units d'Amèrica. L'aspecte que ha centrat bona part de la recerca sobre aquest punt d'aquell país és l'efecte de les «Health Maintenance Organizations» (HMO) en la utilització dels serveis sanitaris i en l'estat de salut.

Les HMO es caracteritzen per ser un tipus d'organització que presta assistència en una àrea geogràfica a les persones que voluntàriament estiguin inscrites i que paguin una quota fixa, independentment de la quantitat de vegades que utilitzin els serveis de les HMO. En la revisió feta per Luft<sup>77</sup> i Hulka<sup>53</sup> no es troba que les HMO tinguin una freqüentació, mesurada en nombre global de visites, superior a la resta de la diversitat de prestacions d'assistència als EUA. On sí que es troben diferències és en la distribució proporcional d'aquestes visites segons motiu: hi ha un increment del nombre de visites preventives i de les iniciades pel pacient, mentre que es redueixen les de malaltia i les de seguiment. Altre resultat repetidament trobat és la reducció de les taxes d'admissió hospitalària entre els inscrits a les HMO. La principal crítica que pot fer-se a aquestes dades es refereix al possible biaix de selecció que podria haver-hi en el cas que els inscrits en HMO estiguessin més sans que la resta de la població. L'estudi de la Rand<sup>78</sup>, un assaig controlat aleatori, va demostrar que es podien excloure diferències en les característiques de la població com a explicació de la baixa taxa

a partir de los indicadores más «geográficos»<sup>6</sup>, como son la distancia respecto a la consulta y el tiempo de espera. En general, se ha observado que cuanto mayor es la distancia de la consulta menor es el número de visitas<sup>72-75</sup>. Un aspecto a menudo olvidado del problema de la accesibilidad es el papel del recepcionista como persona que hace de puerta de entrada al médico y, en consecuencia, actúa como filtro. Su papel se ha de valorar como importante en cuatro áreas: gestionar las citaciones para las visitas, pedir el motivo de la solicitud de consulta domiciliaria, recibir las llamadas dirigidas al médico y dar consejos sanitarios. Con el aumento de la complejidad de los consultorios y del número de médicos que prestan servicio en ellos, los recepcionistas adoptan un papel más rígido e inflexible, hecho que puede incrementar la hostilidad de los pacientes respecto a este *staff* y tener consecuencias en la actitud de los usuarios en la consulta<sup>76</sup>.

#### *Aspectos de organización y de financiamiento*

Globalmente se ha prestado poca atención a la influencia de los modelos organizativos de la asistencia sobre la utilización fuera de los Estados Unidos de América. El aspecto que ha centrado buena parte de la investigación sobre este punto en los EUA es el efecto de las «Health Maintenance Organizations» (HMO) en la utilización de los servicios sanitarios y en el estado de la salud.

Les HMO se caracterizan por ser un tipo de organización que presta asistencia en una área geográfica a las personas que voluntariamente estén inscritas y que paguen una cuota fija, independientemente de la cantidad de veces que utilicen los servicios sanitarios de las HMO. En la revisión hecha por Luft<sup>77</sup> y Ulka<sup>53</sup> no se encuentra que las HMO tengan una frecuentación, midiéndola en número global de visitas, superior al resto de la diversidad de prestaciones de asistencia en los EUA. Donde sí que se encuentran diferencias es en la distribución proporcional de estas visitas según el motivo: hay un incremento del número de visitas preventivas y de las iniciadas por el paciente, mientras que se reducen las de enfermedad y las de seguimiento. Otro resultado repetidamente encontrado es la reducción de las tasas de admisión hospitalaria entre los inscritos a las HMO. La principal crítica que puede hacerse a estos datos se refiere al posible sesgo de selección que podría haber en el caso que los inscritos en HMO estuvieran más sanos que el resto de la población. El estudio de la Rand<sup>78</sup>, un ensayo controlado aleatorio, demostró que se podían excluir diferencias en las características de la población,

d'hospitalització. Aquest estudi va mostrar que la proporció de pagament per acte mèdic es relacionava inversament amb la freqüència d'utilització dels serveis sanitaris.

En el nostre país, la recerca sobre la influència dels aspectes organitzatius s'ha centrat en els efectes de la reforma de l'atenció primària en la demanda assistencial. Martín Zurro<sup>9</sup>, en un ampli estudi sobre centres d'atenció primària en els quals s'efectuava formació de postgrau en Medicina de Família a Barcelona, va estudiar la influència dels canvis organitzatius sobre la demanda assistencial. Va observar un descens de la freqüentació, del percentatge de motius burocràtics, del nombre i cost de les receptes; així com un augment de les peticions de laboratori i de radiologia.

Alguns estudis han tractat d'esbrinar el impacte dels canvis organitzatius i assistencials sobre la utilització i la demanda assistencial. Rey i Villalbí<sup>79</sup> mostren dades suggeridores de la potencialitat d'obtenir reduccions en la prescripció de fàrmacs en introduir la reforma de l'atenció primària en el CAP de Ciutat Badia. En el mateix centre<sup>80</sup> s'ha observat l'augment del temps mitjà per consulta, de la satisfacció dels usuaris i la reducció de la utilització de serveis hospitalaris. La introducció aïllada de consultes d'infermeria com a principal canvi organitzatiu redueix notablement els motius de consulta burocràtica pel metge, encara que aquests motius de consulta passen a ser realitzats per la infermeria<sup>81</sup>. A un altre nivell, Álvarez<sup>82</sup> mostra, amb un disseny pretest-posttest, que amb la introducció d'un sistema de citació (mesures per tal reduir els problemes burocràtics i responsabilitzar el recepcionista) aconseguix reduir en un 31% la demanda de visites en relació a la situació anterior. En altres consultes del mateix centre que no realitzen cap canvi no es produeix cap reducció de la demanda. Els canvis organitzatius en l'atenció primària al nostre país poden produir modificacions de la demanda assistencial; Gervas<sup>83</sup> calcula que entre un 25 i un 30% de les visites poden reduir-se amb la introducció de les mesures proposades en la reforma de l'APS, que ha de suposar, entre altres efectes, un increment del temps mitjà de visita, una continuïtat assistencial i una introducció de programes preventius i de control de malalties cròniques. En qualsevol cas, l'efecte global que puguin tenir aquests canvis sobre el nivell de salut de la població hauria de ser avaluat.

El paper del finançament en la utilització de serveis sanitaris és un altre aspecte estudiat principalment als EUA, on hi ha una proporció significativa de la població que no té cap tipus d'assegurança, proporció estimada en un 15,5% de

como una explicación de la baja tasa de hospitalización. Este estudio mostró que la proporción de pago por acto médico se relacionaba inversamente con la frecuencia de utilización de los servicios sanitarios.

En nuestro país, la investigación sobre la influencia de los aspectos organizativos se ha centrado en los efectos de la reforma de la atención primaria en la demanda asistencial. Martín Zurro<sup>9</sup>, en un amplio estudio sobre centros de atención primaria en los cuales se efectuaba formación de postgrado en Medicina de Familia en Barcelona, estudió la influencia de los cambios organizativos sobre la demanda asistencial. Observó un descenso de la frecuentación, del porcentaje de motivos burocráticos, del nombre y del coste de las recetas; así como un aumento de las peticiones de laboratorio y de radiología.

Algunos estudios han tratado de averiguar el impacto de los cambios organizativos y asistenciales sobre la utilización y la demanda asistencial. Rey y Villalbí<sup>79</sup> muestran datos sugeridores de la potencialidad de obtener reducciones en la prescripción de fármacos al introducir la reforma de la atención primaria en el CAP de Ciutat Badia. En el mismo centro<sup>80</sup> se ha observado el aumento del tiempo medio por consulta, de la satisfacción de los usuarios y de la reducción de la utilización de servicios hospitalarios. La introducción aislada de consultas de enfermería como principal cambio organizativo reduce notablemente los motivos de consulta burocrática por parte del médico, aunque estos motivos de consulta pasan a ser efectuados por la enfermería<sup>81</sup>. A otro nivel, Álvarez<sup>82</sup> muestra, con un diseño pretest-posttest, que con la introducción de un sistema de citación (medidas para reducir los problemas burocráticos y responsabilizar al recepcionista) consigue reducir en un 31% la demanda de visitas en relación a la situación anterior. En otras consultas del mismo centro que no realizan ningún cambio no se produce ninguna reducción de la demanda. Los cambios organizativos en la atención primaria en nuestro país pueden producir modificaciones de la demanda asistencial; Gervas<sup>83</sup> calcula que entre un 25% y un 30% de las visitas pueden reducirse con la introducción de las medidas propuestas en la reforma de la APS, que ha de suponer, entre otros efectos, un incremento del tiempo medio de visita, una continuidad asistencial y una introducción de programas preventivos y de control de enfermedades crónicas. En cualquier caso, el efecto global que puedan tener estos cambios sobre el nivel de salud de la población tendría que ser evaluado.

El papel de la financiación en la utilización de servicios sanitarios es otro aspecto estudiado principalmente en los EUA, donde hay una proporción significativa de la población que no tiene ningún tipo de seguro, proporción estimada en un 15,5% de la



la població<sup>84</sup>. La comparació entre aquesta població i la que té assegurança revela que la població assegurada mostra majors nivells d'utilització dels serveis sanitaris, una vegada controlat l'efecte d'altres variables socio-demogràfiques i de nivell de salut<sup>53</sup>. El punt d'interès següent és la relació que hi ha entre el grau de cobertura econòmica de l'assegurança i la utilització dels serveis sanitaris. En un estudi fet abans i després de la introducció de l'obligació de pagar el 33% del cost de l'assistència a Saskatchewan (Canadà) Beck<sup>85</sup> trobà una reducció del 5,6% de visites mèdiques, però cap efecte sobre les admissions hospitalàries. Altres estudis<sup>86</sup> mostren que l'augment del percentatge de pagament en relació al cost, estava inversament relacionat amb el nombre de visites mèdiques. Globalment, el pagament per acte mèdic i els incentius individuals incrementen la utilització de serveis<sup>87-89</sup>. En una extensa i recent revisió, efectuada per l'Oficina d'Avaluació de Tecnologies del Congrés dels Estats Units d'Amèrica, en relació a l'efecte de l'assegurança mèdica sobre la utilització de serveis sanitaris es conclou que les persones no assegurades tenen fins a tres vegades més risc de presentar menors taxes d'utilització de serveis sanitaris, de patir procediments assistencials inapropiats i d'arribar a uns resultats sanitaris desfavorables en relació a les persones assegurades de manera privada<sup>90</sup>.

En relació a la interacció entre el mètode de pagament de l'atenció mèdica i el sistema organitzatiu en què es presta l'atenció mèdica, s'ha observat que actuen independentment i proporcionen incentius que influeixen en la utilització de serveis, una vegada controlat el nivell de salut<sup>62</sup>. Finalment, els usuaris utilitzen de manera diferent cada estructura assistencial segons el seu caràcter institucional, la seva financiació i el motiu de la visita. L'enquesta de salut de Barcelona proporciona un bon exemple d'això (taula 4); així, les visites directes per a receptes es concentren en la Seguretat Social, mentre que per a les activitats preventives o per a un diagnòstic i tractament s'acudeix preferentment al metge particular o a la mútua privada. De fet, en països com Anglaterra i Espanya, amb cobertura universal de l'assistència, la despesa en atenció mèdica privada pot ser una font de desigualtat que afavoreixi els grups socio-econòmics alts<sup>91</sup>.

### **Necessitat i utilització de l'atenció primària**

La mesura tradicional de la necessitat de rebre assistència és l'estat de salut<sup>53</sup>. La manera més ha-

població<sup>84</sup>. La comparació entre esta població y la que tiene seguro revela que la población asegurada muestra mayores niveles de utilización de los servicios sanitarios, una vez controlado el efecto de otras variables socio-demográficas y de nivel de salud<sup>53</sup>. El siguiente punto de interés es la relación que hay entre el grado de cobertura económica del seguro y la utilización de los servicios sanitarios. En un estudio hecho antes y después de la introducción de la obligación de pagar el 33% del coste de la asistencia en Saskatchewan (Canadá) Beck<sup>85</sup> encontró una reducción del 5,6% de visitas médicas, pero ningún efecto sobre las admisiones hospitalarias. Otros estudios<sup>86</sup> muestran que el aumento del porcentaje de pago en relación al coste estaba inversamente relacionado con el número de visitas médicas. Globalmente, el pago por acto médico y los incentivos individuales incrementan la utilización de servicios<sup>87-89</sup>. En una extensa y reciente revisión, efectuada por la Oficina de Evaluación de Tecnologías del Congreso de los Estados Unidos de América, en relación al efecto del seguro médico sobre la utilización de los servicios sanitarios concluye que: las personas no aseguradas tienen hasta tres veces más riesgo de presentar menores tasas de utilización de servicios sanitarios, de sufrir procedimientos asistenciales inapropiados y de llegar a unos resultados sanitarios desfavorables en relación a las aseguradas de forma privada<sup>90</sup>.

En relación a la interacción entre el método de pago de la atención médica y el sistema organizativo donde se presta la atención médica, se ha observado que actúan de forma independiente proporcionando incentivos que influyen en la utilización de servicios, una vez controlado el nivel de salud<sup>62</sup>. Finalmente, los usuarios utilizan de manera diferente cada estructura asistencial según su carácter institucional, su financiación y el motivo de la visita. La encuesta de salud de Barcelona proporciona un buen ejemplo de esto (tabla 4); así, las visitas directas para recetas se concentran en la Seguridad social, mientras que para las actividades preventivas o para un diagnóstico y tratamiento se acude preferentemente al médico particular o a la mutua privada. De hecho, en países como Inglaterra y España, con una cobertura universal de asistencia, el gasto en atención médica privada puede ser una fuente de desigualdad que favorezca los grupos socioeconómicos altos<sup>91</sup>.

### **Necesidad y utilización de la atención primaria**

La medida tradicional de la necesidad de recibir asistencia es el estado de salud<sup>53</sup>. El modo más corriente

**Taula 4. Motiu de la visita segons el caràcter institucional i de finançament (en percentatges)**  
**Tabla 4. Motivo de la visita según el carácter institucional y de financiación (en porcentajes)**

Motiu	Privat / Privado	Seguretat social / Seguridad social	Mútua privada / Mutua privada	Total
Diagnòstic o tractament / Diagnóstico o tratamiento	65,3	62,9	68,1	61,7
Prevenició / Prevención	25,6	12,5	21,6	16,4
Receptes / Recetas	2,1	17,5	2,1	11,1
Administratius / Administrativos	0,4	2,0	1,4	1,6
Altres / Otros	6,6	5,1	9,7	5,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Font: Enquesta de Salut de Barcelona, 1986<sup>23</sup> / Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona, 1986<sup>23</sup>.

bitual de mesurar-lo és mitjançant la percepció de la pròpia salut declarada pel pacient. Altres maneres són preguntes relatives als dies que ha hagut de quedar-se allitat per malaltia o que no s'ha pogut dur a terme les activitats habituals (laborals o d'oci), o el nombre i tipus de patologies o símptomes declarats. Aquestes variables en general es correlacionen força. En un estudi es va observar que la percepció de l'estat de salut mesura millor les patologies cròniques moderadament importants (HTA, diabetis, etc.), mentre que el nombre dies allitat mesura millor les patologies agudes<sup>92</sup>. Les mesures del nivell de salut no són independents del comportament de la persona davant de la malaltia (reconeixement dels símptomes, decisió d'anar al metge, etc.) i, per tant, de la utilització dels serveis sanitaris<sup>93, 94</sup>. D'alguna manera, és útil considerar la necessitat de rebre atenció sanitària com una variable latent, que no pot ser observada directament, però sí construïda a partir de les variables disponibles<sup>95</sup>.

S'han elaborat diversos indicadors que tracten de relacionar la utilització amb la necessitat<sup>96</sup>, però el que ha tingut major difusió és l'anomenat raó d'ús/necessitat que relaciona l'ús de serveis amb variables de necessitat més o menys objectiva, com és el cas de les visites mèdiques amb el nombre total de dies de llit en el mateix període. Com a mesura de necessitat ha estat criticada per la possibilitat de biaix de memòria diferencial entre el numerador i el denominador, perquè les visites del numerador poden no estar relacionades amb el denominador i perquè no indica res respecte que la utilització sigui apropiada<sup>97</sup>.

L'estat de salut és el principal factor determinant de la utilització de l'atenció primària<sup>53</sup>. El seu paper

de evaluarlo es mediante la percepció de la pròpia salut declarada del paciente. Otras formas son preguntas relativas a los días que ha tenido que guardar cama por enfermedad o las actividades habituales que no ha podido llevar a cabo (laborales o de ocio), o el número y tipo de patologías o síntomas declarados. Estas variables en general se correlacionan bastante entre ellas. En un estudio se observó que la percepción del estado de salud mide mejor las patologías crónicas moderadamente importantes (HTA, diabetes, etc.), mientras que el número de días que guarda cama mide mejor las patologías agudas<sup>92</sup>. Las medidas del nivel de salud no son independientes del comportamiento de la persona ante la enfermedad (reconocimiento de los síntomas, decisión de ir al médico, etc.) y, por tanto, de la utilización de los servicios sanitarios<sup>93, 94</sup>. De alguna forma, es útil considerar la necesidad de recibir atención sanitaria como una variable latente, que no puede ser observada directamente, pero sí construïda a partir de las variables disponibles<sup>95</sup>.

Se han elaborado diversos indicadores que tratan de relacionar la utilización con la necesidad<sup>96</sup>, pero lo que ha tenido mayor difusión es la llamada razón de uso/necesidad que relaciona el uso de servicios con variables de necesidad más o menos objetiva, como es el caso de las visitas médicas con el número total de días de guardar cama en el mismo período. Como medida de necesidad ha estado criticada por la posibilidad de sesgo de memoria diferencial entre el numerador y el denominador, porque las visitas del numerador pueden no estar relacionadas con el denominador y porque no indica nada respecto a que la utilización sea la apropiada<sup>97</sup>.

El estado de salud es el principal factor determinante de la utilización de la atención primaria<sup>53</sup>. Su papel



varia segons quin és el motiu de la visita i de qui és el que té la iniciativa de la consulta (metge o pacient). Quan el motiu de la consulta és preventiu, l'estat de salut no és un determinant tan important de la utilització com en el cas de motius diagnòstics o terapèutics<sup>53</sup>. En relació a la iniciativa de la visita hi ha evidència indicativa que la percepció de la salut i la presència de problemes crònics són les mesures de l'estat de salut significatives per predir les visites iniciades pel metge. La percepció de la salut, l'estrès físic i els problemes aguts són els principals determinants de les visites iniciades pel pacient<sup>59</sup>. D'altra banda, també es distingeix la percepció de la salut mental i l'estat físic; quan es controla per aquest darrer i altres components predisponents i facilitadors, la percepció dolenta de la salut mental incrementa la probabilitat de visitar el metge<sup>98</sup>.

El metge i el pacient valoren de manera diferent la necessitat de la consulta<sup>99-101</sup>. Berkanovic trobà en una enquesta feta a Los Angeles que prop del 50% de les visites fetes al metge durant un any eren inapropiades per a un «panel» de metges d'APS<sup>99</sup>. Els metges també semblen ser poc capaços de predir la percepció de l'estat de salut que té un pacient en la meitat dels casos, que com hem vist influeix sobre la utilització dels serveis sanitaris<sup>102</sup>.

---

### Comentari final

En aquest article s'han revisat els principals factors relacionats amb la utilització. Molts dels factors considerats han estat inclosos en models d'anàlisi multivariant en combinacions diverses. Quan s'analitzen conjuntament els determinants de la utilització dels serveis sanitaris, el principal factor relacionat amb la utilització és la necessitat de rebre assistència, mentre que la resta de factors tenen un paper menor. La revisió s'ha basat en el model d'Anderson que és el més aplicat com a marc conceptual; tot i així cal remarcar que hi ha d'altres models que es diferencien en què posen més èmfasi en les variables socio-psicològiques, com és el cas del model socio-psicològic de Mechanic<sup>103</sup>, i el de «creences sobre la salut» de Rosenstock<sup>104, 105</sup>. Aquest darrer model ha estat aplicat de manera preferent a la utilització de serveis preventius i a la recerca sobre compliment de les recomanacions sanitàries<sup>106</sup>.

Un dels aspectes que ha estat molt discutit dels resultats d'aquests models és que la capacitat predictiva de la utilització no és molt elevada<sup>94</sup>. Hi ha

varia según cual sea el motivo de la visita y según de quien sea la iniciativa de la consulta (médico o paciente). Cuando el motivo de la consulta es preventivo, el estado de salud no es un determinante tan importante de la utilización como en el caso de motivos diagnósticos o terapéuticos<sup>53</sup>. En relación a la iniciativa de la visita hay evidencia indicativa que la percepción de la salud y la presencia de problemas crónicos son las medidas del estado de salud significativas para predecir las visitas iniciadas por el médico. La percepción de la salud, el estrés físico y los problemas agudos son los principales determinantes de las visitas iniciadas por el paciente<sup>59</sup>. Por otro lado, también se distingue la percepción de la salud mental y el estado físico, cuando se controla por este último y otros componentes predisponentes y facilitadores, la percepción mala de la salud mental incrementa la probabilidad de visitar al médico<sup>98</sup>.

El médico y el paciente valoran de forma diferente la necesidad de la consulta<sup>99-101</sup>. Berkanovic encontró en una encuesta hecha en Los Angeles que cerca del 50% de las visitas hechas al médico durante un año eran inapropiadas para un panel de médicos de APS<sup>99</sup>. Los médicos también parecen ser poco capaces de predecir la percepción de el estado de salud que tiene un paciente en la mitad de los casos, que como hemos visto incluye sobre la utilización de los servicios sanitarios<sup>102</sup>.

---

### Comentario final

En este artículo se ha revisado los principales factores relacionados con la utilización. Muchos de los factores considerados han sido incluidos en modelos de análisis multivariante en combinaciones diversas. Cuando se analizan conjuntamente los determinantes de la utilización de los servicios sanitarios, el principal factor relacionado con la utilización es la necesidad de recibir asistencia, mientras que el resto de los factores tienen un papel menor. La revisión se ha basado en el modelo Anderson que es el más aplicado como marco conceptual; de todas maneras se tiene que remarcar que hay otros modelos que se diferencian en que ponen más énfasis en las variables socio-psicológicas, como el caso del modelo socio-psicológico de Mechanic<sup>103</sup>, y el de «creencias sobre la salud de Rosenstock»<sup>104, 105</sup>. Este último modelo ha estado aplicado de forma preferente a la utilización de servicios preventivos y a la investigación sobre el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias<sup>106</sup>.

Uno de los aspectos que muy discutido de los resultados de estos modelos es que la capacidad predictiva de la utilización no es muy elevada<sup>94</sup>. Hay

diverses raons que poden contribuir a explicar aquesta observació. En primer lloc, cal remarcar que els determinants de la utilització són part d'un procés dinàmic que implica la resposta i el *feedback* de l'entorn i que no pot ser resumit mitjançant variables generals relacionades amb les persones o amb el seu entorn<sup>107, 108</sup>. Aquest caràcter dinàmic del procés de decisió que condueix a la visita no és adequadament mesurat per les fonts de dades provinents d'enquestes transversals, que són les habitualment analitzades en aquests estudis, i que presenten problemes d'ambigüitat temporal de la relació causa-efecte<sup>94</sup>. En segon lloc, són pocs els estudis que introdueixen la valoració que fa el pacient dels símptomes o dels motius que l'han conduït a visitar o no el metge. Aquesta avaluació de la percepció de la gravetat dels símptomes ha estat introduïda de manera preeminent en altres models d'utilització de serveis, com el de creences sobre la salut o el socio-psicològic i que, de fet, ha permès millorar la capacitat predictiva dels models<sup>108</sup>. En aquest context, no sorprèn que un dels estudis que ha mostrat major poder explicatiu de la utilització s'hagués basat en un disseny prospectiu, en el qual s'inclouen les creences personals de cada individu avaluada periòdicament en relació als símptomes específics que haguessin patit en cada període de temps<sup>109</sup>. En tercer lloc, els determinants de la utilització poden ser diferents segons el motiu de la utilització (preventiu, diagnòstic i terapèutic)<sup>15</sup>, que idealment caldria distingir. Finalment, s'han apuntat problemes metodològics referents als models multivariants emprats i a la introducció d'interaccions entre les variables<sup>55, 110-113</sup>.

Un altre aspecte que cal discutir és el de la relació entre l'equitat i la utilització de serveis. Dues concepcions d'equitat centren el debat recent sobre aquella relació: l'equitat en l'accessibilitat i en la utilització<sup>5</sup>. En el primer cas, l'equitat s'entén com igualtat en la oportunitat d'ús per igual necessitat i, per tant, el cost d'accessibilitat pels pacients ha de ser igual independentment de la seva residència o del nivell socio-econòmic. En el segon cas, l'equitat es relaciona amb que els pacients utilitzin els serveis i rebin el mateix tractament per igual grau de necessitat. Hi ha opinions contraposades sobre quin dels dos conceptes és el rellevant en termes de política sanitària i de justícia distributiva<sup>114, 115</sup>. En qualsevol cas, cal considerar que la utilització efectiva dels serveis sanitaris és una mesura més directa i disponible que l'oportunitat d'accés. Per tant, el plantejament d'equitat més pràctic és el que respon a la premissa: «igual ús per a igual necessitat».

diversas razones que pueden contribuir a explicar esta observación. En primer lugar, se hace necesario remarcar que los determinantes de la utilización son parte de un proceso dinámico que implica la respuesta y el *feedback* del entorno y que no puede ser resumido mediante variables generales relacionadas con las personas o con su entorno<sup>107, 108</sup>. Este carácter dinámico del proceso de decisión que conduce a la visita no es adecuadamente medido por las fuentes de datos provenientes de encuestas transversales, que son las habitualmente analizadas en estos estudios, y que presentan problemas de ambigüedad temporal de la relación causa-efecto<sup>94</sup>. En segundo lugar, son pocos los estudios que introducen la valoración que hace el paciente de los síntomas o de los motivos que le han conducido a visitar o no al médico. Esta evaluación de la percepción de la gravedad de los síntomas ha sido introducida de forma preeminente en otros modelos de utilización de servicios, como el de creencias sobre la salud o el socio-psicológico y que, de hecho, ha permitido mejorar la capacidad predictiva de los modelos<sup>108</sup>. En este contexto, no es sorprendente que uno de los estudios que ha mostrado mayor poder explicativo de la utilización se hubiera basado en un diseño prospectivo, en el cual se incluían las creencias personales de cada individuo evaluada periódicamente en relación a los síntomas específicos que hubieran sufrido en cada período de tiempo<sup>109</sup>. En tercer lugar, los determinantes de la utilización (preventivo, diagnóstico y terapéutico)<sup>15</sup>, que idealmente se habría de distinguir. Finalmente, se han apuntado problemas metodológicos referentes a los modelos multivariantes usados y a la introducción de interacciones entre las variables<sup>55, 110-113</sup>.

Otro aspecto que cabe discutir es el de la relación entre la equidad y la utilización de servicios. Dos concepciones de equidad centran el debate reciente sobre aquella relación: la equidad en la accesibilidad y en la utilización<sup>5</sup>. En el primer caso, la equidad se entiende como igualdad en la oportunidad de uso por igual necesidad y, por tanto, el coste de la accesibilidad para los pacientes ha de ser igual independientemente de su residencia o del nivel socioeconómico. En el segundo caso, la equidad se relaciona con que los pacientes utilicen los servicios y reciban el mismo tratamiento por un igual grado de necesidad. Hay opiniones contrapuestas sobre cuál de los dos es el concepto relevante en términos de política sanitaria y de justicia distributiva<sup>114, 115</sup>. En cualquier caso, cabe considerar que la utilización efectiva de los servicios sanitarios es una medida más directa y disponible que la oportunidad de la accesibilidad. Por tanto, el planteamiento de equidad más práctico es el que responde a la premisa: «igual uso para igual necesidad».



L'indicador d'ús/necessitat ha estat emprat per analitzar l'equitat de la utilització de serveis. Com ja ha estat mencionat, els resultats de l'enquesta de salut de Barcelona i la d'Espanya mostren una desigualtat en la utilització de serveis segons el nivell socio-econòmic<sup>46, 116</sup>. D'altra banda, les persones de classe social alta declaren patir menys morbiditat que els de classe social baixa, a més aquests darrers presenten més problemes de salut al mateix temps<sup>49</sup>. La qüestió que pot sorgir davant d'aquestes dades és la següent: ¿els serveis sanitaris incrementen la desigualtat per la seva resposta a aquestes necessitats diferencials d'atenció sanitària? Aquesta pregunta no té una resposta definitiva<sup>49, 52, 91</sup>. És evident que hi ha una desigualtat en la necessitat d'assistència sanitària i en la distribució de la malaltia segons nivell socio-econòmic. Diversos estudis revisats conclouen que també hi ha una certa utilització més elevada en les persones de nivell socio-econòmic alt en relació a la seva necessitat d'assistència sanitària, encara que no tots els autors estan d'acord amb aquesta conclusió general.

Tanmateix, quan l'equitat de la utilització s'analitza en relació a les visites preventives i al paper de l'atenció sanitària privada, sí que la desigualtat segons nivell socio-econòmic és clara i consistent. D'altra banda, cal recordar que la qualitat de la consulta també depèn del nivell socio-econòmic de l'usuari; així, s'ha observat que les persones de classe social baixa tenen més dificultat de comunicació en la consulta<sup>117, 118</sup>. Per tant, tot i que podem afirmar que hi ha equitat en la utilització dels serveis sanitaris per a una igual necessitat, això no vol dir que la qualitat assistencial de la consulta sigui igual segons el nivell socio-econòmic<sup>45</sup>.

En conclusió, queden molts aspectes de la utilització dels serveis sanitaris per explicar. Alguns d'aquests aspectes es refereixen a problemes conceptuals com pot ser la definició de la utilització apropiada; és a dir, quan la visita mèdica s'efectua d'acord amb criteris més o menys objectius i preestablerts. Només aquesta definició permetria avançar en l'anàlisi de la sobreutilització o infrautilització dels serveis sanitaris<sup>53</sup>. A partir de la revisió efectuada sembla que el concepte clau és la necessitat percebuda per l'usuari; en aquest àmbit, cal avançar en la definició de mesures operatives d'aquest concepte i també analitzar específicament els seus determinants. D'altra banda, els models d'anàlisi de la utilització com el descrit aquí presenten limitacions metodològiques en la seva aplicació. Probablement, per tal de millorar la seva capacitat explicativa són necessaris estudis prospectius que avaluïn les actituds dels individus davant de cada

El indicador de uso/necesidad ha sido usado para analizar la equidad de la utilización de servicios. Como ya se ha mencionado, los resultados de la encuesta de salud de Barcelona y la de España muestran una desigualdad en la utilización de servicios según el nivel socioeconómico<sup>46, 116</sup>. Por otro lado, las personas de clase social alta declaran sufrir menos morbilidad que los de clase social baja, además estos últimos presentan más problemas de salud al mismo tiempo<sup>49</sup>. La cuestión que puede surgir ante estos datos es la siguiente: ¿los servicios sanitarios incrementan la desigualdad por su respuesta a estas necesidades diferenciales de atención sanitaria? Esta pregunta no tiene una respuesta definitiva<sup>49, 52, 91</sup>. Es evidente que hay una desigualdad en la necesidad de asistencia sanitaria y en la distribución de la enfermedad según el nivel socio-económico. Estudios diversos revisados concluyen que también hay una cierta utilización más elevada en las personas de nivel socioeconómico alto en relación a su necesidad de asistencia sanitaria, aunque no todos los autores están de acuerdo con esta conclusión general.

Sin embargo, cuando la equidad de la utilización se analiza en relación a las visitas preventivas y al papel de la atención sanitaria privada, sí que la desigualdad según el nivel socio-económico es clara y consistente. Por otro lado, cabe recordar que la cualidad de la consulta también depende del nivel socio-económico del usuario; así, se ha observado que las personas de clase social baja tiene más dificultad de comunicación en la consulta<sup>117, 118</sup>. Por tanto, aunque podemos afirmar que hay equidad en la utilización de los servicios sanitarios para una igual necesidad, esto no quiere decir que la cualidad asistencial de la consulta sea igual según el nivel socio-económico<sup>45</sup>.

En conclusión, quedan muchos aspectos de la utilización de los servicios sanitarios por explicar. Algunos de ellos se refieren a problemas conceptuales, como puede ser la definición de la utilización apropiada; es decir, cuando la visita médica se efectúa de acuerdo con criterios más o menos objetivos y preestablecidos. Solamente esta definición permitiría avanzar en el análisis de la sobreutilización o infrautilización de los servicios sanitarios<sup>53</sup>. A partir de la revisión efectuada parece que el concepto clave es la necesidad percibida por el usuario, en este ámbito es necesario avanzar en la definición de medidas operativas de este concepto y también analizar específicamente sus determinantes. Por otro lado, los modelos de análisis de la utilización como el descrito aquí presentan limitaciones metodológicas en su aplicación. Probablemente, para mejorar su capacidad explicativa son necesarios estudios prospectivos que evalúen las actitudes de los individuos ante cada

síntoma concret i evitar, així, mesures d'actituds massa generals que tenen poca capacitat explicativa. Finalment, bona part de la literatura sobre aquest tema ha estat realitzada a països anglosaxons amb la consegüent diferència socio-cultural; així, és necessari desenvolupar aquest tipus d'anàlisi al nostre país per tal d'estudiar quins són les determinants de la utilització i les diferències observades amb d'altres països.

### Agraïments

Al Dr. Ignasi Balaguer-Vintró pel seu estímuli i comentaris durant l'elaboració d'aquest treball, a Josep Alfons Espinàs pels seus comentaris a una versió prèvia d'aquest manuscrit i a Núria Lladós per la seva ajuda en l'edició i traducció del text.

### Bibliografia

1. De Liozer J, Kerek-Bodden E, Lecomte T et al. Ambulatory care: France, Federal Republic of Germany and United States, 1981-83. *Vital Health Stat 5*. Hyattsville MD: National Center for Health Statistics, 1989.
2. Kohn R, White KL (dirs). *Health care - An international study: report of the World Health Organization international collaborative study of medical care utilization*. London: Oxford Univ Press, 1976.
3. Andersen TF, Mooney G. *The challenges of medical practice variations*. London: McMillan Press, 1990.
4. Anderson R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51:95-124.
5. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care* 1983; 1:179-84.
6. Aday LA, Anderson R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-20.
7. Weissman JS, Epstein AM. The insurance gap: Does it make a difference? *Ann Rev Public Health* 1993; 14:243-70.
8. Gervas JJ. Asistencia médica ambulatoria: estudio estadístico de una consulta de medicina general. *Med Clin* 1984; 82:479-83.
9. Martín Zurro A. *Demanda y servicios generados por los procesos más frecuentes en la consulta de medicina general* (tesis doctoral). Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona, 1987.
10. Segura A, Andrés J. *Enquesta de morbiditat del Programa Altebrat*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1986.
11. Alonso E, Manzanera R, Varela J, Picas JM. Estudios observacionales de la demanda de atención primaria. *Aten Prim* 1987; 4:149-54.
12. Andersen R, Kravits J, Anderson OW (dirs). *Equity in health services: empirical analysis in social policy*. Cambridge: Hallinger, 1975.
13. Wang TT, Soifer SJ. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *J Health Soc Behaviour* 1974; 15:100-8.
14. Kurz RS, Haddock C, Van Winckle DC, Wang W. The effect of hearing impairment on health services utilization. *Med Care* 1991; 29: 878-89.

síntoma concreto y evitar, así, medidas de actitudes demasiado generales que tienen poca capacidad explicativa. Finalmente, buena parte de la literatura sobre este tema ha sido realizada en países anglosajones con la consiguiente diferencia socio-cultural; así, es necesario desarrollar este tipo de análisis en nuestro país para estudiar cuales son los determinantes de la utilización y de las diferencias observadas en otros países.

### Agradecimientos

Al Dr. Ignasi Balaguer-Vintró por su estímulo y comentarios durante la elaboración de este trabajo, a Josep Alfons Espinàs por sus comentarios a una versión previa de este manuscrito y a Núria Lladós por su ayuda en la edición y traducción del texto.

15. Hershey JC, Luft HS, Glanaris JM. Making sense of utilization data. *Med Care* 1975; 13: 838-54.
16. Schappert SM. *National ambulatory medical care survey: 1990 summary. Advance Data form Vital and Health Statistics*, num 213. Hyattsville MD: National Center for Health Statistics, 1992.
17. Cartwright S, Anderson R. *General practice revisited*. London: Tavistock, 1981.
18. CBS. *Vedemecum gezondheidsstatistiek Nederland*. Voorburg: CBS publikaties, 1989.
19. Fleming DM, Crombie DL. Geographical variations in persons consulting rates in general practice in England and Wales. *Health Trends* 1989; 21:51-5.
20. Roos NP, Shapiro E. The Manitoba longitudinal study on aging: preliminary findings on health care utilization by the elderly. *Med Care* 1981; 19:644-57.
21. Barer ML, Evans RG, Hertzman C, Lomas J. Aging and health care utilization: new evidence and old fallacies. *Soc Sci Med* 1987; 24: 851-62.
22. Antó JM, Company A, Domingo A. *Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1983.
23. Alonso J, Antó JM. *Enquesta de salut de Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1989.
24. Eusko Jaurlaritza. *Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1987.
25. SG de Información Sanitaria. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
26. Wingard D. Sex differentials in morbidity, mortality and lifestyle. *Ann Rev Public Health* 1984; 5:433-58.
27. Kekki P. Use of illness-related ambulatory physician services in Finland. *Med Care* 1982; 20:797-808.
28. Van der Gaag J, van der Ven W. The demand for primary health care. *Med Care* 1978; 16:299-312.
29. Verbrugge L. Gender and health: an update on hypothesis and evidence. *J Health Soc Behaviour* 1985; 26:156-82.
30. Hing E, Kovar MG, Rice DP. *Sex differences in health and use of medical care*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1983.
31. Gijssberg CM, Kolk AM, van den Bosch WJHM, van den Hoogen. Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences. *Soc Sci Med* 1992; 35:665-78.



32. Marcus A, Siegel JM. Sex differences in the use of health physicians services: a preliminary test of fixed role hypothesis. *J Health Soc Behaviour* 1982; 23:186-97.
33. Waldron I. Sex differentials in illness incidence, prognosis and mortality. *Soc Sci Med* 1983; 17:1107-23.
34. Verbrugge L. Sex differentials in health. *Public Health Rep* 1982; 97:417-37.
35. Bucquet D, Curtis S. Sociodemographic variation in perceived illness and the use of primary care: the value of community survey data for primary service planning. *Soc Sci Med* 1986; 23:737-44.
36. Berkanovic E, Telesky C. Mexican-American, black-american and white-american differences in reporting illness, disability and the seeking of health care for illness. *Soc Sci Med* 1985; 20:567-74.
37. Aday LA, Anderson R. The national profile of access to medical care: where do we stand? *Am J Public Health* 1984;74:1331-9.
38. Aday LA, Andersen R. Equity and access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care* 1981; 19:S4-S27.
39. Vladeck BC. Equity, access and costs of health services. *Med Care* 1981;19:S69-S80.
40. Balajaran R, Yuen P, Raleigh VS. Ethnic differences in general practitioner consultations. *Br Med J* 1989; 299:958-60.
41. Carney T. Ethnic population and general practitioners workload. *Br Med J* 1989; 299:930-1.
42. Gillman SJ, Jarman B, White P, Law R. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *Br Med J* 1989; 299:953-7.
43. Van der Stuyft PV, Muynck A, Schilencins L, Timmerman L. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med* 1989; 29:53-60.
44. Kleinman JC, Gold M, Makuc D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at the equity. *Med Care* 1981; 19: 1011-29.
45. Townsend P, Davidson N (dirs). *Inequalities in health: the Black report*. Harmondsworth: Penguin books Ltd, 1982.
46. Alonso J, Murillo C, Anto JM. Estudio de las desigualdades de salud en Barcelona: marco teórico y evidencia empírica. En: Montserrat J, Murillo C (dirs). *Salud y equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988:389-98.
47. Collins E, Klein R. Equity and the NHS: self-reported morbidity, access and primary care. *Br Med J* 1980; 281:111-5.
48. Puffer F. Access to primary health care: a comparison of the US and UK. *J Soc Pol* 1985; 15:293-313.
49. O'Donnell O, Propper C. Equity and the distribution of British NHS resources. *J Health Economics* 1991; 10:1-19.
50. LeGrand J. *The strategy of equality: redistribution and the social services*. London: George Allen and Unwin, 1982.
51. Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. On the measurement of horizontal inequity in health care. *J Health Economics* 1991; 10:169-205.
52. LeGrand J. The distribution of health care revisited: a commentary on Wagstaff, van Doorslaer and Paci, and O'Donnell and Propper. *J Health Economics* 1991; 10:239-45.
53. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization: the patient perspective. *Med Care* 1985; 23:438-60.
54. LaVecchia C, Negri E, Pagano R, DeCarli A. Education, prevalence of disease and frequency of health care utilization. *J Epidemiol Community Health* 1987; 41:161-5.
55. Birch S, Eyles J, Newbold KB. Equitable access to health care: methodological extensions to the analysis of physician utilization in Canada. *Health Economics* 1993; 2:87-101.
56. Piperno A, Di Orio F. Social differences in health care utilization of health services in Italy. *Soc Sci Med* 1990; 31:305-12.
57. Durán MA. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos, 1983.
58. Hakkinen U. The production of health and demand for health care in Finland. *Soc Sci Med* 1991; 33:225-37.
59. Fylkesnes K, Johnsen R, Forde OH. The tromso study: factors affecting patient-initiated and provider-initiated use of health services. *Soc Health Illness* 1992; 14:275-92.
60. Yuen P, Balajaran R. Unemployment and patterns of consultation with the general practitioner. *Br Med J* 1989; 289:1214-4.
61. Eisenberg JM. Physician utilization: the state of research about physicians practice patterns. *Med Care* 1985; 23:461-83.
62. Greenfield S, Nelson E, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 1992; 267:1624-30.
63. Mitchell JB, Schurman R, Cromwell J. The changing nature of physicians office visits. *Health Serv Res* 1988; 23:575-91.
64. Franks P, Clancey . Physician gender bias in clinical decision making: screening for cancer in primary care. *Med Care* 1993; 31:213-8.
65. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care for women: does the sex of the physician matter? *N Engl J Med* 1993; 329:478-82.
66. Roter DR, Lipkin M, Korsgaard A. Sex differences in patients and physicians communication during primary care medical visits. *Med Care* 1991; 29:1083-93.
67. Bensing J, van Den Brink-Muinen, De Bakker DH. Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioner. *Med Care* 1993; 31:219-29.
68. Hernández Monsalve LM, García LM, Pérez MM, Gervás J. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Aten Prim* 1992; 10:719-24.
69. Scitovsky AA, Behan L, McCall N. Use of physicians services under two prepaid plans. *Med Care* 1979; 17:441-8.
70. Thomas JW, Pencharsky R. Relating satisfaction with access to utilization of services. *Med Care* 1984; 22:553-68.
71. Pencharsky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19:127-38.
72. Foets M, Berghmans F, Janssens L. The primary health care project in Belgium: a survey on the utilization o health services. *Soc Sci Med* 1985; 20:181-90.
73. Haynes RM, Bethma CG. The effects of accesibility on general practitioner consultations, outpatient attendances and in-patient admissions in Norfolk, England. *Soc Sci Med* 1982; 16:561-9.
74. Joseph AE, Phillips Dr. *Accesibility and utilization: Geographical perspectives on health care delivery*. New York: Harper and Row, 1984.
75. Haynes R. Inequalities in health and health care service use: evidence from the General Household Survey. *Soc Sci Med* 1991; 33:361-8.
76. Arber S, Sawyer L. The role of recepcionist in general practice: a 'dragon behind the desk'. *Soc Sci Med* 1985; 20:911-21.
77. Luft HS. Health maintenance organizations. A: Mechanic D, ed. *Handbook of health, health care and the health professionals*. New York: The Free Press, 1982: 318-51.
78. Manning WG, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WR, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Eng J Med* 1984; 310:1505-10.

79. Rey E, Villalbí JR. Impacto potencial de la reforma de la atención primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badia. *Med Clin* 1987; 89:141-3.
80. Bolibar B, Farrés J. *El CAP de Ciutat Badia: 5 anys d'experiència*. Salut Catalunya 1987; 1:19-22.
81. Borràs JM. *La demanda assistencial en atenció primària: influència dels canvis organitzatius* (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1990.
82. Álvarez S, Pérez S. Medidas orientadas a mejorar la asistencia en un centro de salud. *Aten Prim* 1988; 5:427-32.
83. Gervas JJ, Pérez M. La implantación de los centros de salud. *Gac Sanit* 1984; 18:229-32.
84. Short P, Monheit A, Beauregard K. *A profile of uninsured americans. National Medical Expenditure Research Findings 1*. Rockville MD: National Center for Health Services Research, 1989.
85. Beck RG, Horne JM. Utilization of public insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Med Care* 1980; 18:787-98.
86. Hennelly VD, Boxerman SB. Continuity of medical care: its impact on physician utilization. *Med Care* 1979; 17:1012-20.
87. Hemennay D, Killen A, Cashman SB, Parks CL, Bickwell WS. Physicians responses to financial incentives. *N Engl J Med* 1990; 322:1059-63.
88. Broomberg J, Price Mr. The impact of the fee-for-service reimbursement system on the utilization of health services. *SAMJ* 1990; 78:130-2.
89. Nolan B. Economic incentives, health status and health services utilization. *J Health Economics* 1993; 12:151-69.
90. US Congress Office of Technology Assessment. *Does health insurance make a difference?* (OTA-BP-H-99) Washington: US Government Printing Office, 1992.
91. Van Doorslaer E, Wagstaff A. Equity in the delivery of health care: some international comparisons. *J Health Economics* 1992; 11: 389-411.
92. Pope GC. Medical conditions, health status and health services utilization. *Health Serv Res* 1988; 22:857-77.
93. McCue S, Morgenstern H, Berkman LF. The use of pediatric medical care: a critical review. *J Chronic Dis* 1985; 38:935-45.
94. Mechanic D. Correlates of physician utilization: why major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? *J Health Soc Behaviour* 1979; 20:387-96.
95. O'Donnell O, Proppper C. Equity in the distribution of UK National Health Service resources. *J Health Economics* 1991; 10:247-9.
96. Anderson RM. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health* 1978; 68:458-63.
97. Yergan J, LoGerfo J, Shortell S, Bergner M, Diehr P, Richardson W. Health status as a measure of need: a critique. *Med Care* 1981; 19:S57-S67.
98. Manning W, Wells KB. The effects of psychological distress and psychological well-being on the use of medical services. *Med Care* 1992; 30:541-53.
99. Berkanovic E, Telesky C, Reeder S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. *Med Care* 1981; 19:693-709.
100. Berkanovic E, Telesky C. Social, networks, beliefs and the decision to seek medical care: an analysis of congruent and incongruent patterns. *Med Care* 1982; 20:1018-26.
101. Berkanovic E, Aaronson N. The decision to seek medical care for symptoms: an appraisal of theoretical approaches. *Adv Health Educ and Promotion* 1986; 1(A):165-79.
102. Connelly JE, Philbrick JT, Smith GR, Kaiser DL, Wyner A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care* 1989; 27:S99-S109.
103. Mechanic D. The epidemiology of illness behaviour and its relationship to physical and psychological distress. A: Mechanic D (dir). *Symptoms, illness behaviour and help seeking*. New York: Prodist, 1982: 1-24.
104. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behaviour. *Health Educ Monographs* 1974; 2:354-86.
105. Janz NK, Becker MH. Health belief model: a decade later. *Health Educ Q* 1984; 11:1-47.
106. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the health belief model in adults. *Health Educ Res* 1992; 7:107-16.
107. Beland F. Conceptualizing the utilization of ambulatory medical care as a process. *Med Care* 1988; 26:115-23.
108. Tanner JL, Cockerhan WC, Spaeth JL. Predicting physician utilization. *Med Care* 1983; 21:360-9.
109. Berkanovic E, Telesky C, Reeder S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. *Med Care* 1981; 19:693-709.
110. Beland F. Utilization of health services as events: an exploratory study. *Health Serv Res* 1988; 23:539-69.
111. Beland F. Les biais systématiques dans la mesure de l'utilisation des services médicaux ambulatoires. *Can J Public Health* 1989; 80:58-62.
112. Ronis DL, Harrison KA. Statistical interactions in studies of physician utilization. *Med Care* 1988; 26:361-72.
113. Wolinsky FD. Assessing the effects of predisposing, enabling and illness-morbidity characteristics on health services utilization. *J Health Soc Behaviour* 1978; 19:384-96.
114. Mooney G, Hall J, Donaldson C, Gerard K. Utilization as a measure of equity: Weighing heat? *J Health Economics* 1991; 10:475-80.
115. Cuyler AJ, van Doorslaer E, Wagstaff A. Utilization as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard. *J Health Economics* 1992; 11:93-8.
116. González J, Regidor E. Desigualdad en el uso de los servicios sanitarios. En: Montserrat J, Murillo C. *Salud y equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988:451-9.
117. Pendleton D, Hasler J. *Doctor-Patient communication*. London: Academic Press, 1983.
118. Pendleton D, Brouwer H, Jaspars J. Communication difficulties: the doctor's perspectives. *J Language Soc Psychology* 1983; 2:17-36.

