
Necesidades de salud y demanda de atención sanitaria

PID_00244623

María J. Pueyo

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 2 horas



Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Necesidades de salud	7
1.1. Valoración de las necesidades de salud	8
1.2. Fuentes de información	9
2. Análisis de la demanda	14
2.1. Factores que influyen en la demanda de atención sanitaria	14
2.2. Análisis de la actividad sanitaria	16
2.3. Variaciones en el desempeño de los servicios sanitarios	17
3. Satisfacción de los usuarios	21
Resumen	24
Bibliografía	25

Introducción

La demanda de atención sanitaria es la expresión de una serie de necesidades de salud de la población mediatizadas por la organización de los servicios sanitarios. Cualquiera que pretenda mejorar la gestión de la demanda de atención por un problema de salud particular debe realizar previamente un análisis de situación que permita cuantificar el impacto del problema, analizar la variabilidad existente e identificar las posibles intervenciones efectivas.

En este módulo aprenderemos la diferencia entre necesidades de salud, demanda y utilización de servicios sanitarios, así como los factores que las afectan. También conoceremos la metodología de evaluación de necesidades de salud, que empieza con un análisis de situación que debe responder las preguntas sobre la definición del problema que queremos abordar, su cuantificación, sus repercusiones sobre la utilización de servicios, la variabilidad en su manejo y la opinión de los pacientes. Conoceremos las fuentes de información disponibles y los principales conceptos e indicadores en el estudio de la demanda y la variabilidad.

Objetivos

Los principales objetivos de este módulo son:

- 1.** Conocer la diferencia entre necesidad de salud, demanda y uso de servicios sanitarios.
- 2.** Conocer la metodología para la evaluación de las necesidades de salud.
- 3.** Conocer las principales fuentes de información disponibles para realizar análisis de la carga de enfermedad y de la demanda.
- 4.** Conocer el concepto de variaciones de la práctica médica, los factores que influyen sobre la variabilidad, las consecuencias y los principales indicadores.
- 5.** Familiarizarse con las encuestas de satisfacción como una herramienta de mejora de la calidad en la prestación de servicios.

1. Necesidades de salud

El diccionario acepta diferentes definiciones de la palabra *necesidad*: «Caren-
cia de las cosas que son menester para la conservación de la vida» o «Peligro
o riesgo ante el cual se precisa auxilio urgente». En el terreno de la salud, la
carencia, el peligro o riesgo se asocian a aquellas condiciones de buen funcio-
namiento físico y mental que nos permiten vivir y disfrutar de la vida. La ne-
cesidad sería, por tanto, la existencia de enfermedades, accidentes, discapaci-
dades que dificultan la vida y que requerirían alguna intervención sanitaria
para proteger, mejorar o conservar la salud.

Se habla de **necesidad de salud percibida**, que es aquella experimentada por
los individuos como carencia y que puede originar o no una demanda de aten-
ción. La necesidad de salud puede ser **normativa**, que es aquella en la que el
individuo presenta un estado de salud por debajo de lo deseable definido por
los profesionales o expertos, y que puede coincidir o no con la percibida por
los individuos; o puede ser **comparativa**, que se refiere a las diferencias que
existen con otras poblaciones.

Ejemplos

La aparición de un proceso infeccioso que impide la actividad normal origina una nece-
sidad percibida.

La necesidad de tener un índice de masa corporal (IMC) correcto representa una necesi-
dad normativa. Los individuos con un índice de masa corporal alto no tienen por qué
percibir una necesidad.

La diferencia en la esperanza de vida entre los diferentes barrios de una misma ciudad
en función del nivel socioeconómico genera una necesidad de salud comparativa de los
barrios más desfavorecidos.

La necesidad de salud puede ser expresada en forma de búsqueda de atención
sanitaria o demanda. No todas las necesidades de salud se traducen en deman-
da de atención y, a la inversa, no toda la demanda de atención implica que
hay una necesidad de salud detrás. La demanda y la utilización de servicios
sanitarios se utilizan como una aproximación de las necesidades de salud de
la población.

La necesidad de salud refleja un juicio de valor prevalente con relación a un
problema de salud en el que hay una intervención efectiva (Last, 1995). La in-
clusión del término *juicio de valor* recalca la importancia del contexto en el que
se produce la necesidad de salud. Diferentes culturas o normas sociales pueden
dar lugar a diferentes necesidades de salud. La percepción de mala salud por
parte de los individuos puede coincidir con el concepto de enfermedad de los
profesionales sanitarios, aunque no siempre. Muy a menudo los individuos se
sienten mal, o están discapacitados, y sin embargo no se puede clasificar esa
percepción con ninguna etiqueta de enfermedad. El juicio de valor también

hace referencia a las expectativas. Así, en la actualidad se realizan intervenciones en procesos en los que hace unos años no se intervenía debido al cambio de las expectativas sobre la mejora de la calidad de vida.

1.1. Valoración de las necesidades de salud

La valoración/evaluación de las necesidades en salud tiene como objetivo identificar los problemas de salud en los que se pueda obtener un beneficio. Requiere dos componentes: la carencia o el riesgo de condiciones para disfrutar de la vida y la existencia de una intervención efectiva.

La valoración se realiza sobre unos individuos o una población concreta en un momento concreto, implica el análisis de los problemas de salud que puedan beneficiarse de una intervención y de la identificación de las intervenciones efectivas, y persigue incorporar cambios en las políticas sanitarias. El proceso de evaluación debería ser participativo e incorporar la perspectiva tanto de los profesionales sanitarios como de los ciudadanos. El último paso de la evaluación de necesidades es la priorización de los problemas que deben abordarse.

En la metodología para la valoración de necesidades de salud se incluye:

- Descripción del contexto y del problema de salud en forma desagregada. Implica desmenuzar el problema en subcategorías significativas: por grupos de edad y sexo, por grupos de gravedad del problema, según el entorno, etc.
- Estudios sobre la magnitud del problema: incidencia, prevalencia, carga de morbilidad, discapacidad, afectación de calidad de vida, mortalidad.
- Demanda, utilización y provisión de servicios, indicadores que nos proporcionan la información sobre los servicios: frecuentación, tiempos de espera, número de visitas, etc.
- Efectividad de las intervenciones. Evaluación de la evidencia y estudios de coste-efectividad.
- Priorización e implementación de las intervenciones efectivas.
- Especificación de los objetivos y resultados que permitan la evaluación.

La intervención efectiva permite que algunas necesidades de salud sean **atendidas**. Cuando no existe intervención efectiva o eficiente, o cuando es inadecuada, hablamos de necesidad de salud **no atendida**.

Siguiendo la metodología propuesta anteriormente, cuando nos enfrentamos a la necesidad de realizar una valoración de las necesidades de salud de una población o de un proceso concreto, el primer paso es desagregar el objeto de nuestro estudio en unidades o categorías más pequeñas que tengan significado para la provisión de servicios.

Ejemplo

Si realizamos un análisis sobre los problemas de salud mental de nuestra población, deberemos especificar diferentes categorías como: los problemas de salud mental en edad infantil, adolescentes o adultos; los problemas derivados de adicciones, demencias u otras patologías; los problemas de comorbilidad asociados a salud mental, etc. Conviene introducir categorías basadas en grupos de edad y en sexo, o tener en cuenta aspectos de la historia natural de la enfermedad (fase inicial, fase estable, complicaciones, fases de agudizaciones, etc.) o de otros determinantes como el nivel socioeconómico, el área de residencia, el entorno de cuidados, etc.

1.2. Fuentes de información

Para conocer la magnitud del problema tenemos diferentes fuentes de información:

- Estudios epidemiológicos.
- Registros de actividad.
- Historia clínica electrónica.
- Encuestas y cuestionarios.

Los **estudios epidemiológicos** nos pueden proporcionar datos sobre la frecuencia del problema de salud. En el caso de que exista algún estudio epidemiológico en nuestro contexto, la información será válida. En otras ocasiones se deberá recurrir a estudios epidemiológicos de otros países y extrapolarlos a nuestro entorno. Los datos que interesan para el análisis de situación son datos de incidencia, prevalencia, discapacidad, alteración de la calidad de vida y la funcionalidad, mortalidad y años perdidos de vida por grupos de edad y sexo. Los indicadores deben ser:

- Adecuados al problema de salud; así, la incidencia es mejor para los problemas agudos, mientras que la prevalencia será más adecuada para los problemas crónicos; las tasas de mortalidad serán pertinentes si hablamos de problemas cardiovasculares, mientras que no lo serán en el caso de los problemas osteoarticulares.
- Fiables en su medición: las definiciones de las actividades, los diagnósticos y los procedimientos deben ser rigurosas y los códigos registrados deben ser correctos. Algunas preguntas son: ¿son correctas las causas de mortalidad?, ¿son correctos los registros de comorbilidades?, ¿puede haber infraestimación de la prevalencia?
- Fáciles de interpretar y aplicar. Normalmente, las proporciones con su intervalo de confianza son suficientes para las tasas. En ocasiones, se utilizan

índices sintéticos que combinan varios atributos. Conviene saber con qué atributos se ha construido el índice y cuáles son los pesos de los diferentes atributos.

El uso de índices que combinan mortalidad con morbilidad y afectación de la calidad de vida permite cuantificar la carga de enfermedad y evaluar el impacto relativo de las diferentes enfermedades. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud supone medir dos dimensiones: cantidad de años de vida y calidad de esos años.

Los **años de vida ajustados por calidad** (AVAC, o QALY en inglés) son una medida de resultado de los programas de salud y supone que la utilidad de un determinado estado de salud es el producto de dos factores: los años en ese estado multiplicado por el valor (calidad de vida) de ese estado. Así, un año de salud plena tiene como valor asociado el 1, y la muerte tiene el valor 0. A medida que la calidad de vida disminuye, el valor también lo hace, pudiendo haber valores negativos «peores que la muerte». La calidad de vida se puede medir de diferentes formas, pero una de las más utilizadas es mediante el EuroQol-5D, que puede generar hasta 3.125 estados de salud diferentes, cada uno con un valor asignado.

Ejemplo

Los estados de salud definidos por el EuroQol-5D tienen unos valores asociados definidos por medio de diferentes procedimientos en cada país, que son los valores de utilidad. Por ejemplo, en el caso de la fractura de fémur la utilidad en el primer año posterior a la fractura es de 0,797 años. Para los siguientes años la utilidad es de 0,899. Esto quiere decir que un año posfractura es equivalente a 0,797 años en vida plena; es decir, que vale un 20 % menos. Una persona que viva dos años después de la fractura tendrá un AVAC equivalente a $0,797 + 0,899 = 1,70$ años.

Otro índice utilizado son los **años de vida ajustados por discapacidad** (AVAD, o DALY en inglés). Este índice cuantifica los años de salud plena perdidos por la enfermedad, por la discapacidad y por la muerte, e incorpora en su cálculo la edad del sujeto. Tiene dos componentes: los años perdidos de vida (por muerte prematura) y los años de salud plena perdidos por discapacidad. El peso que se le dé al componente de discapacidad incrementa la sensibilidad del índice para medir el impacto real de la enfermedad sobre el individuo. La asignación de los pesos de discapacidad es una tarea compleja y controvertida. La carga de enfermedad tiene dos componentes: la carga inevitable y la evitable, que es sobre la que se debería intervenir.

Si no disponemos de estudios epidemiológicos aplicables a nuestro entorno, se puede acudir a la información que proporcionan los **registros administrativos de actividad sanitaria**. Estos se construyen a partir de la demanda de atención. La información que se deriva de la utilización de servicios sanitarios refleja las necesidades de salud expresadas, que no son sino una parte del total de necesidades en salud.

Los registros administrativos más antiguos son el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la actividad hospitalaria. Posteriormente, el CMBD se ha extendido a otros ámbitos como la atención primaria, el ámbito sociosanitario o las urgencias. La utilización de registros administrativos tiene varias limitaciones:

- Son registros ideados para facturar servicios y controlar la actividad, lo que puede introducir sesgos en el registro (sobrerregistro en el caso de pago por actividad, por ejemplo).
- Los registros no están pensados para recoger datos clínicos. Algunos datos importantes para el estudio de la frecuencia de la enfermedad, comorbilidades asociadas o factores de riesgo no están recogidos.
- Tampoco está establecida la temporalidad de la aparición de los datos clínicos y, por tanto, no se puede saber si un determinado proceso clínico ha aparecido antes o durante la utilización del servicio.
- Su calidad y exhaustividad dependen del codificador, lo que introduce una alta variabilidad si no se ponen en marcha mecanismos de control de la calidad de los datos.

A pesar de todo ello, en problemas de salud en los que el ingreso o procedimiento hospitalario son un hecho importante los registros son una muy buena fuente de información.

Actualmente, la introducción de la **historia clínica electrónica** permite registrar información clínica de forma más exhaustiva. La gran cantidad de datos almacenados, la longitudinalidad de esos datos, la posibilidad de cruzar diferentes variables y generar nuevos datos han dado lugar al desarrollo de diferentes proyectos que permitan analizar esta información para dar respuestas basadas en los datos comunitarios a diferentes problemas de salud y trasladar los resultados de la investigación a la práctica habitual, manteniendo siempre la confidencialidad de los pacientes. Las limitaciones son similares a las de los registros administrativos (Bellón, 2010). La explotación de los datos de millones de personas permite:

- Los estudios sobre la historia natural de los problemas de salud: incidencia, prevalencia, comorbilidades, factores de riesgo, complicaciones o mortalidad.
- La generación de evidencia que permite mejorar las guías de práctica clínica y los protocolos de actuación con respecto a tratamiento y manejo de los problemas de salud.

- El estudio del impacto de los estilos de vida sobre las enfermedades y de las enfermedades sobre los estilos de vida.
- El incremento del conocimiento sobre el impacto real de los factores de riesgo y la identificación de nuevos factores. También permite la generación de índices de riesgo que posibiliten estratificar mejor la población y mejorar la adecuación de las intervenciones propuestas.
- La identificación de necesidades no atendidas.
- Una mejor comprensión de la adecuación, adherencia, efectividad y seguridad de los fármacos utilizados habitualmente.
- Una mejor descripción de la carga de trabajo de los diferentes profesionales para poder distribuir los recursos adecuadamente.
- Un mejor conocimiento de los costes de la atención y la optimización de los recursos.
- La predicción de las tendencias en la demanda y en los costes.
- La mejora de la calidad de la atención facilitando información comparativa sobre la práctica y procesos de *benchmarking*.

Algunos de los proyectos más sólidos en la explotación de grandes bases de datos clínicos son:

- Practice based research network (Estados Unidos).
- Clinical Practice Research Datalink (Reino Unido).
- Qresearch (Reino Unido).
- Pharmo (Holanda).
- THIN Database (Reino Unido).
- BIFAP (España).
- SIDIAP (Cataluña).

Otra fuente de información son las encuestas y los cuestionarios. De forma periódica, se realizan a nivel nacional y regional **encuestas de salud**. La Encuesta Nacional de Salud se realiza cada cinco años y la última edición es de 2012. La Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) recoge información de la población residente en Cataluña sin límite de edad sobre el estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios. Anualmente, se realizan cinco mil entrevistas. Los principales objetivos son:

- Conocer el estado de salud y la calidad de vida de la población e identificar los principales problemas de salud.

- Conocer la utilización de servicios sanitarios y el nivel de satisfacción con los servicios utilizados.
- Conocer las prácticas preventivas y la exposición de la población a factores de riesgo relacionados con la salud.
- Identificar y analizar los determinantes de la salud relacionados con las características sociodemográficas de la población (sexo, edad, lugar de residencia, situación laboral, categoría profesional, etc.).
- Identificar y analizar eventuales factores de desigualdad en las conductas relacionadas con la salud y el acceso a los servicios sanitarios.
- Establecer indicadores que permitan priorizar objetivos de salud y diseñar intervenciones sanitarias encaminadas a promover la salud de la población en un contexto de reducción de las desigualdades sociales.
- Establecer indicadores que permitan, además, analizar y evaluar la eficacia de las intervenciones sanitarias llevadas a cabo.

Actividad 1

Buscad la encuesta de salud de vuestra comunidad y leed los principales resultados.

1. ¿Cuáles son los apartados que incluye la encuesta?
2. ¿Cuáles son las variables que recogen los factores que influyen sobre los problemas de salud?
3. ¿Cuáles son los cinco principales problemas crónicos?
4. ¿Qué prevalencia hay de obesidad, tabaquismo y sedentarismo?
5. ¿Hay diferencias entre las clases sociales en obesidad?
6. ¿Hay diferencias entre clases sociales en la realización de actividades preventivas?

2. Análisis de la demanda

2.1. Factores que influyen en la demanda de atención sanitaria

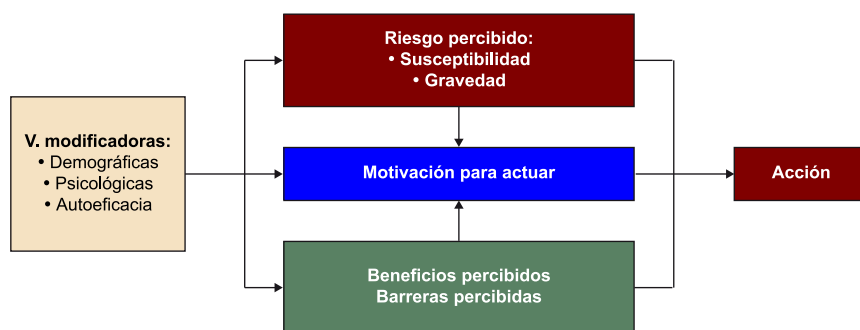
Existen diversos factores que influyen sobre la demanda de servicios sanitarios. Se han desarrollado distintas teorías para explicar la demanda de atención, o *health seeking behaviour*, e intentar identificar cuáles son los factores clave que explican, por ejemplo, el retraso en la demanda de atención, el diferente grado de participación en actividades preventivas, la automedicación o la adherencia a los tratamientos. Entre las diferentes teorías, una de las más utilizadas es el modelo de creencias en salud (*Health belief model*) (Rosenstock, 1988).

Health belief model

Fue desarrollado en los años cincuenta del siglo pasado por los psicólogos sociales Rosenstock, Hochbaum, Kegeles y Leventhal. Establece que la acción o realización de una conducta relacionada con la salud viene determinada por una serie de constructos:

- Gravedad percibida.
- Susceptibilidad percibida: la valoración subjetiva sobre la posibilidad de desarrollar el problema de salud.
- Beneficios percibidos: valoración de los beneficios de adoptar determinado comportamiento.
- Barreras percibidas: inconvenientes, costes, riesgos, pérdida de confort, etc.
- Variables modificadoras: demográficas (edad, sexo, raza), psicosociales (nivel cultural, personalidad, interrelación con otros, grupo social) y estructurales (conocimiento o contacto con la enfermedad, entre otros). Todas ellas influyen en la construcción de las dimensiones anteriores.
- Autoeficacia. Fue añadido posteriormente. Se refiere a la percepción subjetiva de que se puede llevar adelante un determinado comportamiento.
- Clave para la acción (señal, acontecimiento que precipita la puesta en acción): algo interno o externo que facilita o dispara el paso a la acción. Entre los internos puede haber cuestiones fisiológicas (síntomas, dolor, etc.), y entre los externos, información de amigos, medios de comunicación o profesionales sanitarios.

Se ha verificado en muchas conductas relacionadas con la salud con buenos resultados sobre su coherencia y funcionamiento. Un metaanálisis reciente (Carpenter, 2010) puso de manifiesto una fuerte evidencia de que los beneficios y las barreras percibidas tienen una gran influencia en la predicción de los comportamientos relacionados con la salud, mientras que los componentes de gravedad y susceptibilidad percibidos tienen un efecto predictivo muy débil. Entre las limitaciones aparecen: que no tiene en cuenta otros factores que también intervienen en los comportamientos como, por ejemplo, todo lo que tiene relación con lo emocional (el miedo, por ejemplo), lo automático o inconsciente; otras motivaciones no relacionadas con la salud (la estética, por ejemplo); o factores relacionados con el entorno.



Entre los factores que influyen en la utilización de servicios, además de los problemas crónicos, las comorbilidades y la discapacidad (Van Oostrom, 2014; Palacios y Ceña, 2013), aparecen:

- Edad: la utilización es muy alta en los primeros años de vida y en los grupos de edad por encima de los 65 años.
- Sexo: la frecuentación es mayor en las mujeres, aunque es a expensas de la utilización de servicios en la edad reproductiva. En los grupos de más edad la diferencia se reduce.
- Nivel de estudios y nivel socioeconómico: existe gradiente social en la utilización de determinados servicios. Las personas con menor nivel de estudios o clase social desfavorecida frecuentan más los servicios de urgencias o consumen más medicamentos (Eckert, 2015).
- Privación del vecindario: la participación en determinadas actividades preventivas es inferior en los barrios desfavorecidos, independientemente del nivel socioeconómico (Willems, 2013).
- Autopercepción de salud: la peor autopercepción de salud se asocia a mayor utilización de servicios sanitarios.
- Innovaciones tecnológicas que permiten aplicar nuevas técnicas (reemplazo valvular por cateterismo) o facilitar el uso de técnicas existentes a mayor número de personas (intervenciones quirúrgicas por laparoscopia).
- Expectativas: mayor preocupación por la calidad de vida y mayor información sobre los procesos patológicos.

Junto con los factores que influyen en el comportamiento individual, existen factores relacionados con la oferta de servicios:

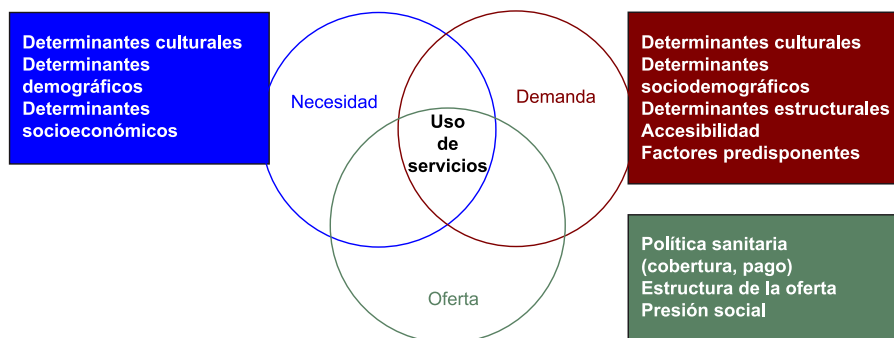
- Densidad de profesionales (Busato, 2008; Gulliford, 2004).

- Tener un médico regular incrementa la utilización en atención primaria (Eckert y otros, 2015).
- Distancia geográfica (Brundisini, 2013).
- Horarios de apertura (Sanz-Barbero, 2014).
- Utilización inducida por los profesionales sanitarios: este fenómeno fue descrito en 1959 por Roemer respecto a la utilización de las camas hospitalarias («una cama vacía es una cama llena»). Se refiere a la correlación que existe entre la dotación de recursos sanitarios (camas, especialistas, técnicas diagnósticas, etc.) y la utilización de dichos recursos por encima de lo esperable (Watts, 2011; De Oliveira Andrade, 2011).

Por último, los factores estructurales tienen una gran influencia en la utilización de servicios:

- Cobertura universal o ligada al empleo, que favorece o impide la atención a determinados colectivos.
- Cartera de servicios incluida en la cobertura.
- Forma de pago de la atención.

En resumen, parte de las necesidades de salud se traducen en demandas de atención, de las que una parte origina un uso de los servicios sanitarios. En la relación entre estos tres conceptos intervienen multitud de factores.



Fuente: elaboración propia.

2.2. Análisis de la actividad sanitaria

El análisis de la actividad sanitaria nos ha de permitir dar respuesta a las preguntas sobre:

- La cantidad de servicios utilizados (frecuentación).

- La capacidad resolutive en la utilización de servicios (estancia media, tiempos de demora).
- Los factores que influyen sobre la utilización (edad, sexo, cronicidad, etc.).
- La seguridad de la atención.
- Las variaciones en la práctica clínica (o mejor en el desempeño de los servicios sanitarios).
- La eficiencia en la utilización o la relación entre los resultados y los costes.

La **frecuentación** se refiere a la tasa de uso de los servicios en un tiempo determinado. Puede aplicarse en diferentes ámbitos: atención primaria, ingresos hospitalarios, derivaciones a otros especialistas, etc., y conviene analizarla por grupos de edad y sexo ya que hay variaciones entre los grupos.

El **consumo** de productos farmacéuticos, de pruebas diagnósticas o de otras prestaciones también da una idea de la cantidad de servicios utilizados. El consumo farmacéutico es el responsable de la mayor parte del gasto sanitario de nuestro país y, por tanto, se han descrito diferentes indicadores para intentar controlarlo. La comparación de las frecuentaciones o consumos entre proveedores permite objetivar tanto prácticas resolutivas como infrautilización de servicios.

Las **listas de espera** son la expresión de necesidades de salud expresadas pero no atendidas. La existencia de listas de espera inquieta a los ciudadanos, ya que supone que el sistema de provisión público no provee de los recursos necesarios para atender la demanda y, sobre todo, que la atención puede demorarse demasiado para los que más la necesitan. Las claves de la gestión en las listas de espera son:

- La disminución en la variabilidad en la práctica médica. La existencia de esta variabilidad hace que la inclusión en la lista de espera sea diferente según los proveedores.
- La priorización en la lista de espera de forma que los que más puedan beneficiarse de la intervención pasen primero.

2.3. Variaciones en el desempeño de los servicios sanitarios

Se refiere a las diferencias en la producción y consumo de servicios sanitarios entre diferentes áreas geográficas (o proveedores) con características socioeconómicas similares. La forma de objetivar las variaciones en la práctica médica

(VPM) es a partir del cálculo de las diferencias sistemáticas (no aleatorias) en las tasas estandarizadas de determinados tratamientos o procedimientos diagnósticos.

Los factores que influyen sobre las variaciones en la práctica médica son:

- Problemas con la información sanitaria: errores en la codificación y el registro, inexactitud, ausencia, etc.
- Aspectos relacionados con la demanda: morbilidad de la población, factores demográficos (edad y sexo), factores socioeconómicos, preferencias de los pacientes, expectativas. Diferentes estudios han demostrado que son un factor poco influyente en la variabilidad.
- Aspectos relacionados con la oferta de servicios: recursos y capacidad instalada, organización de servicios, financiación, accesibilidad, cobertura. Estos son factores muy influyentes sobre la variabilidad.
- Aspectos relacionados con el profesional sanitario: discrecionalidad en la toma de decisiones, incertidumbre, ignorancia o conocimientos escasos, estilo de práctica clínica, entusiasmo por determinadas recomendaciones o procedimientos. Es el factor más influyente.
- Aleatoriedad: variación estacional no sistemática y otros componentes impredecibles.

Los indicadores más utilizados para realizar comparaciones entre áreas geográficas son:

- Razón de variación: el cociente entre el valor más alto dividido por el valor más bajo. Es un indicador muy sensible a los valores extremos, por lo que se usa poco.
- Razón de variación 5-95: el cociente entre el valor del percentil 95 y el del percentil 5. Elimina el efecto de los valores extremos. Una razón de variabilidad de 2 indica que los equipos que están en el percentil 95 tienen valores que multiplican por dos los de los equipos que están en el percentil 5.
- Coeficiente de variación: cociente entre la desviación estándar y la media de la distribución de la variable. Es independiente de las unidades de medida de la variable.
- Coeficiente de variación ponderado: cociente entre la desviación estándar y la media ponderada de la distribución. La ponderación se realiza en función del tamaño del área.

- Razón de utilización estándar: el cociente entre los casos observados y los esperados en un área.
- Componente sistemático de la variación (CSV): cociente entre la tasa observada menos la esperada sobre la tasa esperada. A mayor valor del CSV, mayor es la variación sistemática, no esperable por azar.
- Empírico de Bayes. Estimación de la varianza de la distribución que mejor se ajusta a la distribución geográfica teniendo en cuenta el efecto de las áreas vecinas. Da mejores resultados en zonas con poca población o con valores extremos. Un valor alto indica alta variabilidad.

En España existe el «Atlas de Variaciones de la Práctica Médica», cuyo objetivo es analizar las variaciones injustificadas de la práctica médica asumiendo que estas, con respecto a la población, pueden comportar problemas de calidad por infrautilización de cuidados efectivos, sobreutilización de cuidados sensibles a la oferta de servicios (cuidados inefectivos e ineficientes) y acceso desigual a cuidados necesarios. Se han publicado diferentes atlas de variaciones en cirugía ortopédica, cirugía general, atención pediátrica, procedimientos cardiovasculares, salud mental, hospitalizaciones evitables o procedimientos de dudoso valor, entre otros. En el ámbito europeo se ha desarrollado el proyecto European Collaboration for Healthcare Optimization (ECHO Project).

Las variaciones en la práctica médica conducen a un uso inadecuado de los servicios sanitarios, lo que repercute en la calidad y en los costes. El uso inadecuado consiste en el uso de una intervención de probada eficacia en situaciones en las que no es efectiva o en las que existen otras alternativas más eficientes (por ejemplo, un día más de estancia hospitalaria sin necesidad o el uso de antibióticos en infecciones virales). La inadecuación puede llevar al sobreuso o al infrauso.

Una vez detectadas las variaciones en la práctica médica, el siguiente paso consiste en cuantificar sus consecuencias, intentar comprender cuáles son los factores influyentes y plantear estrategias para modificarlos. Algunas de las estrategias que se han utilizado para disminuir las variaciones en la práctica médica en atención especializada son:

- El rol de *gatekeeping* del médico de atención primaria: se refiere a la función de filtro que el médico de familia realiza en el acceso a otros especialistas. Su función permite elevar el valor predictivo positivo de los especialistas debido a la selección de población que llegan a ver tras el filtro de la atención primaria.
- Programas de segunda opinión: se utiliza en indicaciones de intervenciones quirúrgicas en las que un segundo cirujano revisa el caso y confirma o cuestiona la indicación quirúrgica. Hay evidencia de la efectividad de esta medida, no solo por la independencia del segundo cirujano respecto al

primero, sino también porque el primero es mucho más cuidadoso debido a la existencia de un segundo asesor (efecto centinela).

- Gestión de casos: utilizado en problemas crónicos complejos. El objetivo es mejorar la continuidad de cuidados. Se produce una disminución de uso de recursos y costes debido a la mejora en la coordinación.
- Planificación del alta: procedimiento que intenta anticipar los problemas, habitualmente familiares, sociales o económicos, que surgen en determinados pacientes cuando concluye su hospitalización.
- Los procesos de *benchmarking* tienen como objetivo conseguir resultados mejores mediante la comparación con los pares. Suponen un ejercicio de evaluación y transparencia que se ha utilizado también en el ámbito sanitario.

Benchmarking en Cataluña

En Cataluña, en el año 2006 se inició un procedimiento de evaluación de los equipos de atención primaria con el objetivo de permitir la comparación entre ellos y obtener así mejores resultados. En aquel momento se evaluó la atención primaria sobre la base de sus atributos: accesibilidad, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria y costes-eficiencia. Posteriormente se amplió el *benchmarking* a otros ámbitos de atención como la salud mental y la atención sociosanitaria, y se evaluaron los mismos atributos más la satisfacción en salud mental.

El proceso de *benchmarking* continuó hasta el año 2013, a partir del cual se ha sustituido por los informes de la central de resultados que incorpora todos los equipos de Cataluña en todos los ámbitos de atención (atención primaria, hospitalización, atención sociosanitaria y salud mental). Se elaboran indicadores sobre satisfacción, efectividad, adecuación, seguridad, eficiencia, uso de tecnologías de la información y datos económicos. Los informes se publican anualmente en: http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/.

Actividad 2

En la web del «Atlas de Variaciones de la Práctica Médica» (<http://www.atlasvpm.org/home>) leed en el atlas n.º 1 sobre cirugía ortopédica el atlas correspondiente a artroplastias de rodilla. Responde en tres o cinco líneas las siguientes preguntas:

1. ¿Qué opináis del diferente riesgo de ser intervenido de artroplastia de rodilla según el área de residencia? ¿Cuáles pueden ser las causas?
2. ¿Os ha sorprendido la distribución geográfica? ¿Cómo está vuestra comunidad respecto a las otras y por qué?
3. ¿Cuáles creéis que son los motivos de la disminución de las tasas que se observa a partir de 2009? ¿Creéis que ha sido beneficioso?
4. ¿Qué opináis de la posible relación que los autores apuntan entre artroplastias y traumatólogos?
5. ¿Qué medidas podrían tomarse para disminuir la variabilidad?

3. Satisfacción de los usuarios

Avedis Donabedian afirmaba:

«Es imposible describir correctamente la calidad sin tener en cuenta el punto de vista del cliente».

La gestión de recursos, indicadores y calidad puede hacer olvidar uno de los componentes básicos del proceso: los pacientes. Las organizaciones centradas en el paciente deben establecer alguna forma de comunicación y participación con este. La comunicación puede ser reactiva, esperando la iniciativa de los ciudadanos en forma de quejas, reclamaciones o sugerencias, o bien puede ser proactiva, estableciendo mecanismos activos que permitan recoger la opinión de los pacientes.

La satisfacción es un concepto relacionado con una gran variedad de factores, como por ejemplo los estilos de vida de las personas, sus experiencias previas, las expectativas de futuro y los diferentes valores del individuo y de la sociedad. Asimismo, puede variar según el contexto social, puesto que puede estar determinada por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales. Se ha definido como la distancia existente entre las expectativas del paciente y el cuidado real que ha recibido. Las expectativas son variables de unos pacientes a otros y dependen de numerosos factores no siempre relacionados con la atención sanitaria.

Las encuestas que recogen la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos permiten evaluar dichos servicios y proponer mejoras en su actuación. Para una organización sanitaria es básico obtener información sobre las preferencias y expectativas de las personas a quienes van destinados los servicios, sobre qué se considera relevante en cada momento y sobre cómo cambian estas preferencias y expectativas. Todo ello con el objetivo de enfocar la organización hacia sus necesidades.

La atención de calidad va más allá de la calidad técnica, de la competencia de los profesionales y de la efectividad diagnóstica y terapéutica; hay que lograr la satisfacción del cliente, que se produce a partir de la experiencia global vivida. Por eso, en los últimos años, los estudios de la satisfacción respecto a los servicios sanitarios se han convertido en un instrumento de valor creciente tanto en el marketing como en la investigación sobre estos servicios.

La metodología de elaboración de las encuestas ha de ser rigurosa y estable en el tiempo para permitir el seguimiento temporal. Las fases de la elaboración de encuestas son la fase de diseño, la de ejecución y análisis, y la de comunicación:

- En la fase de diseño deben definirse las dimensiones que se estudiarán, elaborar las preguntas que se realizarán de forma clara, concisa e inteligible, y establecer las unidades de medida. En la elaboración de toda encuesta hay una primera fase de pilotaje en la que, mediante grupos focales, entrevistas y pases previos de la preencuesta, se seleccionan y validan las preguntas definitivas.
- En la fase de ejecución se realiza el trabajo de recogida de los datos, previa definición del tamaño muestral y de la selección de casos. Es importante hacer el seguimiento de calidad de la recogida de datos para evitar los sesgos que aparecen en cualquier entrevista. Por último, debe procederse al análisis de los datos.
- Los resultados de las encuestas de satisfacción deben comunicarse tanto a los proveedores sanitarios y a la administración como a los usuarios. Y esto debe hacerse de forma transparente y objetiva para que puedan dar origen a acciones de mejora.

Desde marzo de 2002 se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios sanitarios de Cataluña (PLAENSA). Las encuestas se realizan cada tres años y abarcan usuarios de atención primaria, ingresos hospitalarios, sociosanitarios y de salud mental, atención ambulatoria de salud mental, urgencias hospitalarias, atención especializada ambulatoria, rehabilitación, atención al embarazo, parto y puerperio, transporte sanitario, oxigenoterapia y hemodiálisis, así como del circuito de la receta electrónica.

El aspecto más importante es la delimitación de las principales dimensiones o áreas de interés sobre las que se elaboraran las preguntas de la encuesta. Las áreas de interés son:

- Accesibilidad.
- Trato de los profesionales.
- Información sobre el proceso asistencial tanto clínica como organizativamente.
- Confianza en los profesionales y competencia de estos.
- Organización y coordinación entre servicios y profesionales.
- Continuidad asistencial.
- Confort.
- Atención psicosocial y apoyo personal.

Para disponer de una valoración global de los servicios, se incluyen dos preguntas que miden el grado de satisfacción y la fidelidad al centro. También hay preguntas sobre datos sociodemográficos de la persona entrevistada, así como variables en relación con el centro proveedor y el territorio.

De los resultados hay que destacar:

- El indicador que sintetiza mejor los resultados es la puntuación sobre la satisfacción global, que supera el notable en todas las líneas, entre las que destaca la atención hospitalaria como la mejor valorada.
- Los aspectos más valorados están relacionados con la confianza, la competencia y el trato de los profesionales, seguidos de la información, que es suficiente y comprensible, aunque en algunas líneas se pide que sea más adecuada.
- Los aspectos que se deben mejorar tienen que ver con la organización, especialmente la accesibilidad a los servicios.

Resumen

En este módulo hemos repasado los conceptos de necesidades de salud, demanda de atención y utilización de servicios sanitarios. De todas las necesidades de salud, una parte se expresa en forma de demanda de atención sanitaria. De las necesidades expresadas, una parte se atienden mientras que otras quedan desatendidas. Hemos visto los diferentes factores que influyen sobre las necesidades, la demanda y la utilización. Aparte de los problemas de salud que causan malestar, es de destacar la influencia que tienen los factores demográficos, socioeconómicos y culturales. Además, la organización de los servicios sanitarios (cobertura, pago, recursos) también influye sobre la demanda y el uso de servicios.

La evaluación de las necesidades de salud es un proceso de planificación sanitaria que se pone en marcha siempre que se pueda obtener algún beneficio para ese problema de salud concreto. La metodología de la evaluación empieza por un análisis de la situación que tiene por objetivo cuantificar la magnitud del problema de salud (prevalencia, carga de enfermedad), el impacto que el problema tiene sobre la utilización de servicios sanitarios (frecuentación, lista de espera) y la variabilidad que existe en su manejo, la cuantificación de las consecuencias y la identificación de los factores que pueden explicar dicha variabilidad.

Para realizar este análisis de la situación disponemos de algunas fuentes de información, todas con limitaciones. El desarrollo de sistemas de información sobre registros de la historia clínica electrónica permite aventurar un gran avance en la información con datos reales sobre las necesidades de salud de la población. El último aspecto que debe tenerse en cuenta es considerar la voz de los usuarios de los servicios, bien mediante encuestas de satisfacción, bien mediante encuestas o estudios cualitativos *ad hoc* que ofrecen una valoración del funcionamiento del sistema sanitario desde la perspectiva del paciente.

Una vez realizado el análisis de situación estaremos en condiciones de identificar los principales problemas en el manejo de la necesidad de salud y podremos abordar la siguiente etapa de evaluación de las intervenciones posibles.

Bibliografía

Bellón, J. A. (2010). «Grandes bases de datos poblacionales para la investigación en atención primaria: "jugamos con ventaja"». *Atención Primaria* (vol. 42, núm. 11). DOI: 10.1016/j.aprim.2010.07.002.

Brundisini, F.; Giacomini, M.; DeJean, D. y otros (2013). «Chronic Disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and a qualitative meta-synthesis». *Ontario Health Technology Assessment Series* (vol. 13, núm. 15, págs. 1-33).

Busato, A.; Kunzi, B. (2008). «Primary care physician supply and other key determinants of health care utilisation: the case of Switzerland». *BMC Health Services Research* (vol. 8, núm. 8). DOI: 10.1186/1472-6963-8-8.

Carpenter, C. J. (2010). «A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior». *Health Communication* (vol. 25, núm. 8, págs. 661-669).

Eckert, J.; Lichters, M.; Piedmont, S. y otros (2015). «Case vignettes based on EQ-5D to elicit stated preferences for health services utilization from the insureds' perspective». *BMC Health Services Research* (vol. 15, núm. 481). DOI: 10.1186/s12913-015-1143-2.

Gulliford, M. C.; Jack, R. H.; Adams, G. y otros (2004). «Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England». *BMC Health Services Research* (vol. 4, núm. 12).

De Oliveira Andrade, E.; Nogueira de Andrade, E.; Hiran Gallo, J. (2011). «Case study of supply-induced demand: the case of provision of imaging scans (computed tomography and magnetic resonance) at Unimed-Manaus». *Revista da Associação Médica Brasileira* (vol. 57, núm. 2, págs. 136-141).

Rosenstock, I. M.; Strecher, V. J.; Becker, M. H. (1988). «Social learning theory and the health belief model». *Health Education & Behavior* (vol. 15, núm. 2, págs. 175-183).

Sanz-Barbero, B.; Otero-García, L.; Blasco-Hernández, T. (2014). «San Sebastian M. Factors associated with utilization of primary care emergency centers in a Spanish region with high population dispersion: a mixed methods study». *BMC Health Services Research* (vol. 14, núm. 368).

Van Oostrom, S. H.; Picavet, H. S. J.; De Bruin, S. R. y otros (2014). «Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice». *BMC Family Practice* (vol. 15, núm. 61).

Watts, B. V.; Shiner, B.; Klauss, G. y otros (2011). «Supplier-induced demand for psychiatric admissions in Northern New England». *BMC Psychiatry* (vol. 11, núm. 146).

Willems, S.; Peersman, W.; De Maeyer, P. y otros (2013). «The impact of neighborhood deprivation on patients' unscheduled out-of-hours healthcare seeking behavior: a cross sectional study». *BMC Family Practice* (vol. 14, núm. 136).

