

## ORIGINAL

## VARIABILIDAD DE LAS SOLICITUDES DE CAMBIO DE MÉDICO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DEL INSALUD: UN ESTUDIO PRELIMINAR

Carlos García Marco.

Inspección General de Servicios de la Administración Pública. Ministerio de las Administraciones Públicas.

## RESUMEN

**Fundamento:** El estudio consta de dos fases. En la primera se analiza la variabilidad de las tasas de cambio de médico registrada en las Áreas del Insalud en los dos primeros años de vigencia del Real Decreto 1575/93, identificándose algunos factores que pueden explicar dicha variabilidad. En la segunda se describe el perfil de los ciudadanos que cambiaron voluntariamente de médico de atención primaria en un Área de Salud y las posibles motivaciones derivadas de sus preferencias.

**Material y métodos:** Se realizó una correlación simple entre las tasas acumuladas de cambio de médico de las Áreas (por libre elección/voluntarias y por cambio de domicilio) y determinadas variables presuntamente asociadas, así como un muestreo sistemático de los cambios voluntarios registrados en el Área 5 de Madrid durante el primer trimestre del año 1994, y la descripción de las características de las personas y las de los médicos cuyo cambio se solicitó.

**Resultados:** Las tasas bianuales de cambios voluntarios de las Áreas (1,73-18,87 cambios por cada 100 tarjetas) se correlacionan con las siguientes variables: menor envejecimiento de la población, número de habitantes/médico, frecuentación de las consultas, proporción de consultas de tarde y concentración de la población del Área. Estas tres últimas variables se correlacionan también con la tasa de cambios de domicilio de las Áreas (0,62-7,35 cambios por 100 tarjetas). Por el contrario, no se observa ninguna correlación entre ambas tasas de cambio, ni entre ellas y la ampliación de cobertura poblacional por Equipos de Atención Primaria. Los solicitantes del cambio de médico en el Área estudiada se diferenciaban del resto de la población del Área por su edad (había más ancianos y menos adultos de lo que cabría esperar) y zona de residencia (más urbanos y menos rurales). La mayoría de los pacientes no cambiaron de modelo asistencial pero sí de turno de consulta (preferentemente pasaban al horario de tarde), si bien estas últimas diferencias no eran estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Las tasas de cambio de médico de las Áreas no guardan relación con la creación de Centros de Salud, pero sí con factores presentes en las Áreas urbanas (concentración de la población y aumento de la oferta asistencial) que favorecerían la utilización de la normativa legal por los ciudadanos, especialmente por aquellos que son usuarios de los servicios.

**Palabras clave:** Cambio de médico. Elección del paciente. Atención Primaria. Variabilidad. Médicos de familia.

## ABSTRACT

**Variability in Requests to Change General Practitioner in the Primary Care of Insalud: a Preliminary Study**

**Background:** The study consisted of two phases. The first phase involved analysis of the variability in the rates of changing doctor recorded in the Areas of Insalud in the first two years after Royal Decree 1575/93 came into effect, pinpointing some of the factors that might explain this variability. The second phase describes the profile of the citizens who voluntarily changed their General Practitioner in a Health Area, and the possible reasons for doing so.

**Methods:** A simple correlation is made between the accumulated rates of G. P. change in the Areas (voluntarily and owing to a change of address) and certain variables that were presumably associated with this, together with a systematic sampling of the voluntary changes recorded in Area 5 Madrid, for the first three-monthly period in 1994, and a description of the characteristics of both the patients involved and their former doctors.

**Results:** The two-yearly rates of voluntary change in Areas (1.73-18.87 changes for every 100 cards) are correlated with the following variables: lower ageing of the population, number of inhabitants / doctor, frequency of visits, proportion of evening surgeries and population concentration on the Area. These last three variables are also correlated with the rates of change of address in the Areas (0.62-7.35 changes for every 100 cards). By contrast, no correlation was to be found between the two rates of change, neither was there any correlation between them and the extension of the cover through Primary Aid Teams. Those who requested to change doctors in the Area studied, were differentiated from the rest of the population in the Area because of their age (there was a larger number of elderly people and less adults than were expected) and zone of residence (more urban and less rural). Most of the patients did not change the model but did change their surgery visiting hours (they tended to change to the evening surgery), but these latter differences were not statistically significant.

**Conclusions:** The rate for changing one's G.P. in the Areas, bears no relationship to the setting up of Health Centres, but rather with factors that are present in the urban Areas (population concentration and an increase in the offers of assistance), which were conducive to the use of the new legislation by citizens, especially those who are users of the services.

**Key words:** Change of Doctor. Patients' Choice. Primary Aid. variability. Family Doctors.

Correspondencia:  
Carlos García Marco, Paseo de la Habana, 140. 28071 Madrid.

## INTRODUCCIÓN

El derecho a elegir y cambiar de médico de atención primaria ha sido objeto de nueva regulación en el ámbito territorial del Instituto Nacional de la Salud (Insalud)<sup>1</sup> y en las Comunidades Autónomas de Andalucía<sup>2</sup> y Navarra<sup>3</sup>, en el sentido de facilitar los procedimientos de cambio de médico previstos en la anterior normativa de Seguridad Social<sup>4</sup>.

A diferencia de otros procesos de reforma en los que la elección de médico pretende introducir mecanismos de competencia entre proveedores dando mayor poder a los usuarios<sup>5</sup>, el propósito explícito de la normativa española es el de garantizar una atención personalizada en el primer nivel asistencial. Y a tal efecto se han desarrollado además otras medidas, como la sustitución de la cartilla familiar de la Seguridad Social por tarjetas sanitarias individuales (TSI) o la introducción de un pequeño incentivo capitativo en la retribución salarial del médico<sup>6</sup>.

No obstante, a pesar de la importancia estratégica de la nueva regulación y de su posible significación como forma de participación directa del usuario en la evaluación y mejora de la calidad del servicio, no se tiene constancia de la publicación de investigaciones sobre los resultados de su aplicación.

Por otra parte, y en contraste con la creciente preocupación sobre otros aspectos de la participación del cliente (encuestas de satisfacción, estudios de reclamaciones, Consejos de salud, informes de usuarios), no parece que la literatura sobre el cambio de médico en los servicios públicos sanitarios sea excesivamente numerosa<sup>7-15</sup>. En el caso de España, las referencias bibliográficas que se citan corresponden a trabajos de ámbito local o provincial anteriores a la nueva normativa y en los que el cambio de médico solicitado por los usuarios se pone en relación con actuaciones administrativas previas que

suponían la asignación de nuevos facultativos a la población (apertura de Centros de Salud, reestructuración de cupos,...)

El propósito de este estudio es describir y analizar los resultados de la aplicación del Real Decreto 1575/93, de libre elección de médico, con los siguientes objetivos:

1. Analizar la variabilidad de las tasas de cambios de médico registradas en las 57 Áreas del Insalud en los dos primeros años de vigencia del citado Real Decreto, tratando de identificar algunos factores estructurales característicos de la oferta y demanda de las Áreas que pudieran explicar dicha variabilidad.

2. Conocer el perfil de los pacientes que solicitaron el cambio de médico en un Área de Salud y en un trimestre determinado sin cambiar previamente de domicilio, y analizar las características de los médicos cuyo cambio se solicitaba (turno, modelo organizativo), así como las posibles motivaciones y preferencias que se derivan de dichas solicitudes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se calcularon las tasas acumuladas de solicitud de cambio de médico en el conjunto del Insalud y en cada una de sus 57 Áreas de Salud para el período de dos años contados desde la entrada en vigor del Real Decreto 1575/93, desglosadas por el motivo de cambio: a) libre elección/voluntario y b) por cambio de domicilio.

Para el cálculo de dichas tasas acumuladas se ha utilizado como numerador la cifra de solicitudes contabilizada por el Insalud y como denominador la población de cada Área con TSI a 31 de diciembre de 1994. Se prefirió utilizar este denominador en lugar de la población censal por los siguientes motivos: a) los servicios del Insalud no prestan asistencia primaria a toda la población censal (por ejemplo funciona-

rios civiles o militares, usuarios de entidades colaboradoras, profesionales liberales, etc...), lo cual es particularmente relevante en algunas Areas de Salud y b) la entrega del formulario F-4 de solicitud de cambio (contabilizado en el numerador) requiere la previa presentación de la TSI.

Para analizar los motivos de la variabilidad de las tasas de cambio de médico en las Areas del Insalud, se seleccionaron, en razón a su capacidad de obtención y a su posible relevancia, las seis variables siguientes:

- Desde el lado de la demanda sanitaria: 1) Grado de envejecimiento de la población del Area (porcentaje de la población de más de 65 años), 2) concentración de la población (porcentaje de la población del Area residente en municipios de más de 4.000 habitantes, y porcentaje de la población del Area residente en municipios de más de 25.000 habitantes. Año 1991), y 3) frecuentación de las consultas en el nuevo modelo de Equipo de Atención Primaria (EAP) (número de usuarios por médico y día: Media del año 1994).
- Desde el lado de la oferta sanitaria: 4) número de habitantes por médico de atención primaria (media del año 1994), 5) disponibilidad de consultas de tarde (porcentaje de médicos del Area con horario de consulta de demanda a partir de las tres de la tarde en diciembre de 1993) y 6) porcentaje de población del Area que ha visto ampliada su cobertura por EAP entre octubre de 1993 y octubre de 1995.

Los indicadores de concentración de la población de cada Area se han elaborado para este trabajo a partir de los datos de la población de derecho del Censo del año 1991<sup>16</sup>. Asimismo, se ha calculado la disponibilidad de consultas de tarde a partir de datos publicados por el Insalud<sup>17</sup>. Las res-

tantes variables estructurales de cada Area y la población con TSI, fueron proporcionados por la Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>18</sup>.

La técnica estadística utilizada para el estudio de la relación de las tasas de cambio de médico con las variables antes citadas fue la correlación simple. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SIGMA<sup>19</sup>.

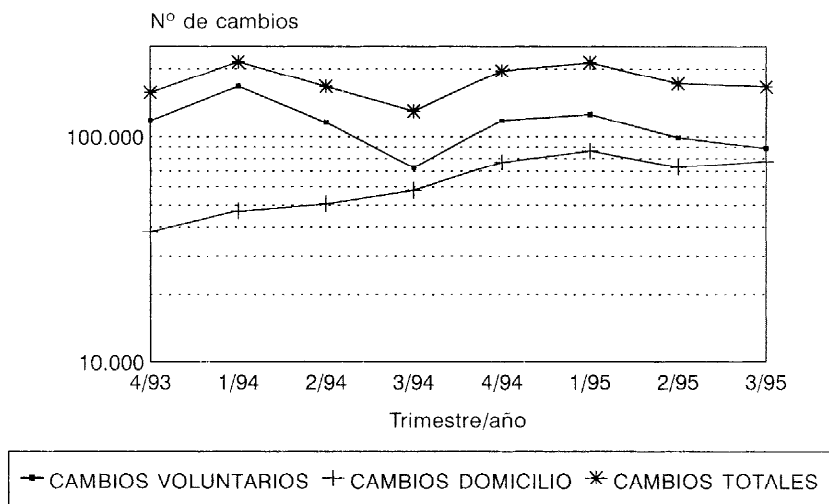
Por otra parte, para aproximarnos al análisis de las características de los solicitantes del cambio voluntario de médico, se escogió un Area del Insalud (Area 5 de Madrid) con moderada frecuencia de cambios voluntarios. De los 7.261 cambios voluntarios registrados en el fichero informático de dicha Area en el primer trimestre del año 1994, se extrajo una muestra sistemática de 250 solicitudes (fracción de muestreo = 1/29), estudiándose en dicha muestra las siguientes características: edad del solicitante (clasificando el resultado en las siguientes categorías: menos de 15 años, de 15 a 65, mayores de 65 años), sexo de los mayores de 15 años, zona de residencia (urbana, rural), tipo de usuario (titular activo, titular pensionista, y otros), turno de consulta de los médicos intercambiados (mañana o tarde) y modelo organizativo de dichos facultativos (cupo o EAP). Seguidamente, se calcularon las proporciones muestrales de cada variable y se compararon con su valor teórico en la población del Area, utilizando la prueba z con contraste de hipótesis bilateral mediante el programa SIGMA, así como la prueba chi-cuadrado para analizar las características de los médicos cuyo cambio se solicitaba.

## RESULTADOS

### A) Datos generales del Insalud

En los dos primeros años de vigencia del Real Decreto 1575/93 se han solicitado 1.411.504 cambios de médico en el con-

Figura 1  
Cambios de médico en Insalud. Evolución por trimestres



junto del Insalud, lo que supone una tasa media acumulada de 10,87 solicitudes por cada 100 TSI emitidas.

La mayoría de las peticiones registradas en dicho período (64,08%) han sido voluntarias/por libre elección (tasa de 6,96 solicitudes por 100 TSI), mientras que las derivadas de cambio de domicilio suponen una tasa media acumulada de 3,91 solicitudes por cada 100 TSI. No obstante, la Figura 1 evidencia que los cambios de domicilio tienden a incrementar su peso relativo en el conjunto de solicitudes, las cuales, por lo demás, se han mantenido en cifras trimestrales relativamente estables a lo largo del período estudiado.

## B) Distribución por Areas de Salud

En la tabla 1 se recogen, por orden de frecuencia, las tasas de solicitudes de cambio de médico (total y desglosadas por motivo de cambio) registradas durante el primer bienio de aplicación del Real Decreto 1575/93 en las 57 Areas de Salud del Insalud.

Asimismo, la tabla 2 muestra las características estadísticas de las distribuciones de las tres tasas de cambio en las 57 Areas. En la tabla 3 se resume la estadística básica de las seis variables explicativas (y la de la población con TSI) en las 57 Areas de Salud.

Como puede apreciarse en las tablas 1 y 2, el patrón general descrito para el conjunto del Insalud no se corresponde con la situación particular de la mayoría de las Areas de Salud: la variabilidad de las tres tasas de cambio es notoria, destacando especialmente el coeficiente de variación de los cambios voluntarios. Por otra parte, el número de solicitudes por cambio de domicilio supera al de libre elección en 13 Areas de Salud y en otras 10 Areas es prácticamente igual.

— Los cambios de domicilio por Areas de Salud:

Las tasas de cambio de domicilio de las Areas varían entre 0,62 y 7,35 cambios por cada 100 TSI, y se correlacionan significativamente ( $p < 0,05$ ) con el porcentaje de población residente en municipios de más de 25.000 habitantes ( $r = 0,44$ ) y, en menor me-

Tabla 1

Tasas de cambio de médico en áreas de salud ordenadas por el valor de la tasa de cambio total. Octubre 93-octubre 95

<i>Área</i>	<i>Cambios totales</i>	<i>Cambios voluntarios</i>	<i>Cambios de domicilio</i>
HUESCA	3,81	1,95	1,86
TERUEL	3,88	1,73	2,15
ALBACETE	4,22	2,14	2,08
JARRIO	4,7	2,35	2,35
CANGAS	4,87	2,89	1,98
ARRIONDAS	4,93	2,44	2,49
AVILA	4,96	1,89	3,07
MENORCA	5,31	4,26	1,05
CIUDAD REAL	5,97	4,03	1,94
BADAJOS	6,15	3,88	2,27
SEGOVIA	6,17	2,87	3,3
CUENCA	6,52	4,46	2,06
SORIA	6,53	1,97	4,56
ZARAGOZA 2	6,72	3,33	3,39
RIOJA	6,81	3,58	3,23
TOLEDO	6,83	2,91	3,92
ALCAZAR	6,85	5,18	1,67
IBIZA	6,85	5,05	1,8
AVILES	7,03	3,11	3,92
MIERES	7,37	3,73	3,64
SANTANDER	7,94	4,5	3,44
OVIEDO	8,13	3,48	4,65
GUADALAJARA	8,3	2,64	5,66
SAMA	8,34	4,47	3,87
CARTAGENA	8,72	5,33	3,39
TALAVERA	8,82	6,13	2,69
PONFERRADA	8,97	6	2,97
BURGOS	9,02	5,08	3,94
MURCIA	9,31	7,03	2,28
LORCA	9,76	8,35	1,41
TORRELAVEGA	10,09	7,32	2,77
MADRID 2	10,37	7,86	2,51
ZAMORA	10,39	6,39	4
VALLADOLID 1	10,49	4,89	5,6
CACERES	10,59	7,58	3,01
PLASENCIA	10,79	7,22	3,57
PALMA	11,21	6,49	4,72
PALENCIA	11,37	5,99	5,38
MADRID 7	11,43	8,74	2,69
DON BENITO	11,44	9,69	1,75
SALAMANCA	11,62	6,49	5,13
MADRID 3	11,98	8,24	3,74
MADRID 11	12,13	9,12	3,01
ZARAGOZA 1	12,34	5,85	6,49
VALLADOLID 2	12,44	8,19	4,25
MADRID 9	12,46	6,83	5,63
LEON	13,31	8,01	5,3
MELILLA	14,33	9,25	5,08
MADRID 6	14,67	7,6	7,07
MADRID 5	15,12	7,77	7,35
MADRID 4	15,93	11,85	4,08
MADRID 10	16,25	10,91	5,34
MADRID 8	16,25	10,21	6,04
CEUTA	19,02	18,4	0,62
PUERTOLLANO	19,04	15,73	3,31
GIJON	19,49	14,3	5,19
MADRID 1	22,77	18,87	3,9

Tasas expresadas en número de cambios de médico por 100 TSI.

Tabla 2

Características de las tasas acumuladas de cambio de médico en 57 áreas del Insalud (octubre 1993-octubre 1995)

	<i>Tasa Mínima</i>	<i>Tasa Máxima</i>	<i>Media de Tasas</i>	<i>Tasa Mediana</i>	<i>C.V.</i>	<i>E.E.</i>
Cambios domicilio	0,62	7,35	3,59	3,39	42,60	0,20
Cambios voluntarios	1,73	18,87	6,43	5,99	58,90	0,51
Cambios totales	3,81	22,77	10,02	9,31	42,95	0,57

CV: Coeficiente de variación.

EE: Error Estándar.

Tasas expresadas en número de cambios de médico por 100 TSI.

Tabla 3

Características de las variables relacionadas con el cambio de médico en 57 áreas de salud. Insalud

	<i>Mínima</i>	<i>Máxima</i>	<i>Media</i>	<i>Mediana</i>	<i>C.V.</i>	<i>E.E.</i>
Envejec. (%)	4,61	25,08	15,39	15	28,98	0,59
> 4.000 (%)	37,64	100	78,33	83,91	25,40	2,64
> 25.000 (%)	0	100	53,81	52,15	54,74	3,90
Frecuent. (n.º)	21,61	50,84	32,47	31,36	18,26	0,79
Habs./Méd. (n.º)	683	2.584	1.391	1.437	23,96	44,15
Méd. tarde (%)	0	53,85	15,53	6,25	114,82	2,36
Ampl. EAP (%)	0	30,72	9,92	9,34	80,02	1,05
TSI (%)	58,05	97,49	86,89	88,52	88,4	1,02

Envejec.: Grado de envejecimiento de la población del Área.

&gt; 4.000: Población del Área residente en municipios de más de 4.000 habitantes.

&gt; 25.000: Población del Área residente en municipios de más de 25.000 habitantes.

Frecuent.: Número de usuarios por médico y día en EAP.

Méd. tarde: Médicos del Área con consulta a partir de las 3 de la tarde.

Ampl. EAP: Ampliación porcentual de la cobertura poblacional de los EAP octubre 93-octubre 95.

TSI: Población del Área con tarjeta sanitaria individual a 31-12-1994.

C.V.: Coeficiente de variación.

E.E.: Error Estándar.

da, con el porcentaje de consultas de tarde ( $r=0,26$ ) y la frecuentación ( $r=-0,31$ ), no encontrándose ninguna correlación con la tasa de cambios voluntarios del Área.

El orden de frecuencia de la tasa de cambio de domicilio no parece tener relación con la Comunidad Autónoma de pertenencia, de forma que por ejemplo, Áreas centrales del municipio de Madrid se sitúan en posiciones cercanas a las tasas mínimas mientras que Áreas periféricas de la misma Comunidad Autónoma registran las mayores tasas.

— Los cambios voluntarios por Áreas:

Las tasas bianuales de cambio por libre elección oscilan entre 1,73 y 18,87 cambios por cada 100 TSI, si bien la mayoría de las Áreas de Salud tiene una tasa de solicitudes inferior a la media del Insalud y en algunos casos muy inferior (11 Áreas no superan el 3% de cambios bianuales).

Entre las 35 Áreas de menor frecuencia de cambios se sitúan todas las de Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha, salvo Gijón y Puertollano. Por el contrario, entre las 23

Áreas con mayor frecuencia se encuentran todas las pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid (dentro de dicho territorio la mediana es del 8,74%).

Existe una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la tasa de cambio voluntario y las siguientes variables del Área: grado de envejecimiento ( $r = 0,48$ ), frecuentación de las consultas ( $r = 0,31$ ), porcentaje de la población residente en municipios de más de 4.000 habitantes ( $r = 0,45$ ), número de habitantes/médico ( $r = 0,47$ ), disponibilidad de consultas de tarde ( $r = 0,59$ ) y porcentaje de población residente en municipios de más de 25.000 habitantes ( $r = 0,63$ ). La correlación con esta última variable se incrementa notablemente ( $r = 0,75$ ), si se excluyen 7 Áreas de Salud: 5 por exceso (Área 1 de Madrid, Ceuta, Puertollano, Plasencia, y Don Benito) y 2 por defecto (Área 1 de Zaragoza y Oviedo).

Por el contrario, no se ha encontrado ninguna correlación entre la tasa de cambio voluntario y la ampliación de la cobertura poblacional por EAP.

### C) Características personales de los solicitantes del cambio voluntario de médico en el Área de salud número 5 de Madrid

La tabla 4 muestra que los usuarios que solicitaron voluntariamente el cambio de médico en el Área 5 de Madrid en el primer

trimestre de 1994, se diferenciaban significativamente de la población del Área por las siguientes características: edad (había más solicitantes ancianos y menos adultos de 15 a 65 años de lo que cabría esperar) y zona de residencia (había más población urbana y menos rural). Por el contrario, las diferencias registradas en cuanto al sexo y tipo de usuario del solicitante adulto no eran estadísticamente significativas.

Por lo que se refiere a los posibles motivos de las personas que solicitaron cambio de médico (tabla 5), cabe señalar que la mayoría cambiaron el turno de la consulta médica (pasando más frecuentemente de la mañana a la tarde), si bien las diferencias en estos intercambios no son estadísticamente significativas. De otra parte, no se aprecian diferencias en cuanto al modelo asistencial.

## DISCUSIÓN

En el ámbito sanitario, el ejercicio de la soberanía del paciente en materia de elección y cambio de médico se ve cuestionado por obstáculos de diferente naturaleza: 1) la asimetría de información entre médico y paciente que impide a éste observar la calidad total del servicio, 2) la falta de motivación para el cambio derivada de la naturaleza de los propios servicios de atención primaria, cuya orientación hacia la continuidad y longitudinalidad asistencial favorecen la fidelidad de los pacientes<sup>18</sup>, 3) la existencia de

Tabla 4

Características de los solicitantes de cambio voluntario de médico. Área 5. Madrid

	Edad			Sexo	Tipo de usuario		Residencia	
	< 15	15-65	> 65	Varones > 15	Tit. Activos	Tit. Pensiones	Urbana	Rural
Muestra (%)	23,20	60,4	16,4	48,96	37,2	16,8	97,2	2,8
I. de confianza	18,22-29,03	54,02-66,45	12,15-21,71	41,72-56,24	31,25-43,55	12,5-22,15	94,07-98,77	1,23-5,93
Área (%)	19,03	69,91	11,36	48,24	42,28	13,33	89,98	10,02
Diferencias	no	( $P < 0,01$ )	( $P < 0,05$ )	no	no	no	( $P < 0,001$ )	( $P < 0,001$ )

Tit. Activos: Titulares de cartilla de la Seguridad Social activos.

Tit. Pensionistas: Titulares de cartilla de la Seguridad Social pensionistas.

Tabla 5

Número de cambios voluntarios según el turno de consulta y modelo organizativo. Muestra de solicitudes Área 5. Madrid

SEGUN EL TURNO Médico elegido				SEGUN EL MODELO Médico elegido			
		<i>Mañana</i>	<i>Tarde</i>			<i>Cupo</i>	<i>EAP</i>
Médico	Mañana	66	71	Médico	Cupo	59	32
anterior	Tarde	59	52	anterior	EAP	33	124

barreras geográficas, culturales y organizativas (horario de las consultas, práctica médica en equipo) que reducen las alternativas entre las que elegir y 4) las limitaciones legales establecidas por ejemplo por el Estado, por razones de equidad (exclusión de las aseguradoras privadas del seguro obligatorio) o, como en el caso que nos ocupa, por razones administrativas de ajuste entre oferta y demanda (eliminación de libertad de elección del proveedor).

En este contexto, y aun cuando se superan estas últimas barreras legales, parece previsible que la relación médico-paciente, en particular en atención primaria, se oriente hacia el establecimiento de un contrato implícito a largo plazo, cuya ruptura, en principio, sólo va a materializarse en circunstancias excepcionales (por ejemplo por cambio de domicilio, jubilaciones, cambios organizativos, etc...), en las que los cambios, no son percibidos traumáticamente por los facultativos<sup>10</sup>.

En tal sentido, diversos estudios realizados en Areas de Salud del Reino Unido<sup>7,9</sup>, constataron que durante un año sólo el 4% de los pacientes se había cambiado de médico. Y de ellos, más del 80% lo hicieron tras cambiar de domicilio (el 18% tardaba un año o más en registrarse), otro 12-15% por motivos organizativos varios (distancia a la clínica, largas esperas, jubilación del médico) y sólo un 4-5% por no estar satisfecho con la actitud del médico. Igualmente, a la hora de elegir el nuevo médico, el 66% se guiaba por la comodidad o la costumbre (el más cercano, el primero que vio, el de otro familiar...). Por lo demás, no parece que

la situación descrita se haya modificado tras la introducción de las últimas reformas en el National Health Service<sup>21</sup>.

En comparación con la situación del Reino Unido, los resultados de la aplicación del Real Decreto 1575/93 en el Insalud y los datos que se van conociendo de lo acaecido en las Comunidades Autónomas de Navarra y Andalucía<sup>22</sup>, ponen de manifiesto la existencia de algunas diferencias, tanto en lo relativo a la casuística predominante (hasta ahora y por lo general, los cambios de domicilio son minoritarios en el Insalud y Andalucía), como en cuanto a la magnitud del cambio voluntario de médico, la cual dentro de su amplia variabilidad, ha tenido especial relevancia en determinadas Areas de Salud.

Las tasas de cambio de médico de las Areas (voluntarias y por cambio de domicilio) no muestran ninguna correlación entre sí, por lo que parece tratarse de fenómenos independientes.

A su vez, la tasa de cambio de médico por cambio de domicilio se incrementa en Areas periurbanas lo que coincidiría con la dinámica migratoria de la población, si bien parece existir un notable infraregistro de este tipo de cambios, dado que el 4.5% de la población encuestada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 1991 declaraba llevar residiendo menos de un año en su vivienda habitual<sup>23</sup>.

En cuanto a los cambios voluntarios, los resultados de este estudio constatan que en los dos primeros años de vigencia del Real Decreto 1575/93 la tasa de cambio del Area



se relaciona con determinadas características estructurales propias de las Áreas urbanas (fundamentalmente la concentración de la población y la mayor diversificación de la oferta asistencial que ello conlleva), y no así con la ampliación de cobertura por EAP, la cual, por sí sola y en el conjunto de las Áreas, no justifica las diferencias registradas en dicha tasa de cambio. Todo lo anterior, no excluye la posible responsabilidad de esta u otras actuaciones administrativas en los resultados alcanzados en determinadas Áreas, ni permite atribuir toda la variabilidad interáreas a las características estructurales antes citadas. Por otra parte, tampoco cabe extrapolar estos resultados a otras unidades de análisis distintas del Área de Salud (Centros de Salud, cupos médicos, individuos).

En este sentido, debe resaltarse que la metodología utilizada (estudio ecológico a nivel de Áreas de Salud) no pretende obtener inferencias causales sino generar hipótesis que puedan explicar la variabilidad de los cambios de médico, que habrán de confirmarse en nuevos estudios.

Los resultados del muestreo de cambios voluntarios en un Área urbana de Madrid, sugieren que los solicitantes no buscarían cambiar de modelo asistencial, pero sí de turno de consulta (con preferencia hacia el de tarde), si bien, dado que se trata de un estudio transversal en una sola Área, sería necesario realizar encuestas y estudios complementarios con el fin de conocer la situación en otras zonas y/o período de tiempo. Por otra parte, el perfil de los pacientes que cambiaron voluntariamente de médico no coincide totalmente con el de la población del Área ya que hay más solicitantes mayores de 65 años, de lo que se deduce que en el medio urbano el envejecimiento de la población parece no ser obstáculo para el cambio de médico.

La utilización del cambio de médico por pacientes hiperfrecuentadores y el consiguiente aumento de la carga de trabajo de

los facultativos elegidos sin que varíe su cupo de pacientes, ha sido citado por algunos autores<sup>12,13</sup> como un efecto perverso de la normativa. Sin embargo, tal efecto podría moderarse incrementando el peso del factor capitativo en la retribución de los médicos de los Centros de Salud. A este respecto, cabe señalar que el pago capitativo y la libre elección de médico son elementos indispensables en el funcionamiento de muchos sistemas sanitarios de financiación estatal y atención integral en la medida que neutralizan otros efectos negativos inherentes al pago por salario fijo como la subutilización de servicios<sup>18,22</sup>.

Por último, sería conveniente incidir en aquellos aspectos que parecen sensibilizar más al ciudadano que se plantea el cambio o elección de médico. Por ejemplo, diversificando los horarios de las consultas médicas (lo que exige incrementar la oferta de consultas en horario de tarde), o ampliando el ámbito territorial de elección (que en la práctica y en las ciudades, puede quedar reducido a la zona básica de salud).

Dicha ampliación, cuya puesta en práctica precisaría modificar la distribución de competencias establecida en el Real Decreto 1575/93 en materia de rechazo de nuevos pacientes, podría contribuir a aumentar la legitimidad del médico general y del propio servicio público entre aquellos sectores urbanos que más lo cuestionan, sin que previsiblemente vayan a incrementarse significativamente los movimientos de pacientes fuera de su zona básica ni el número total de cambios.

## AGRADECIMIENTOS

El autor agradece la colaboración prestada a la Dirección de Atención Primaria del Área 5 del Insalud de Madrid y a la Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo la información facilitada, así como a José Ramón Banegas y a Juan Gervás Camacho los comentarios del texto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1575/1993 por el que se regula la libre elección de médico en los Servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm 238, 5/10/1993.
2. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 257/1994 por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA núm 145, 16/9/1994.
3. Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 244/1994 por el que se regula el derecho de libre elección de médico general y médico pediatra en Atención Primaria. B.O. de Navarra núm. 154, 23/12/1994.
4. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2.766/1967 del Ministerio de Trabajo, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social. BOE núm 284, 28/11/1967.
5. Saltman Richard B. y Von Oter C. Mercados planificados y competencia pública. Reformas estratégicas en los sistemas sanitarios de los países del norte de Europa. Barcelona: SG Editores, 1994: 37-62.
6. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 15 de enero de 1993 de la Dirección General del Insalud por el que se ordena la publicación del Acuerdo del Consejo de Ministros que aprueba el celebrado entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas en el sector sobre Atención Primaria. B.O.E. núm. 28, 2/2/1993.
7. Leavey R, Wilkin D, Metcalfe DH. El consumismo y la práctica general. En: El debate internacional. Público y privado en los Sistemas Sanitarios. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 1990.
8. Salisbury CH.: How do people choose their doctor. *BMJ* 1989; 299: 608-10
9. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 336-338.
10. Lehmann S, Weingarten MA. Patients Changing their family doctor-the doctor's reaction. *Eur J Gen Pract* 1995; 1: 118-120.
11. Ardanaz E, Castilla J, Moreno C, Fernández JM, Manzanera R. Motivos de cambio de médico en Atención Primaria. Navarra 1990. Comunicación IV Congreso Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 1991. Oct. 24-26. Valencia: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 1991.
12. Pascual J, Sánchez MA, Calahorra C, Albala E, Sapena M. Porqué me cambio de médico: motivos para la elección del usuario. Comunicación IX Jornadas de Salud Pública; 1994; oct. 27-29: Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, 1994.
13. Martín A, Fontestad F, Ruiz E, Rebollo Y, Francés C, Planells J. Estudio de asignación de población a nuevos médicos de familia. Causas de atracción hacia su médico inicial. *Cent Salud* 1994; 2: 317-322.
14. Hernández Corral T, Olazábal Ulacia JC, Montero Luengo J, Miguel Lozano R, Rosignoli Susin C. Análisis de los fenómenos de adjudicación de cartillas en un Centro de Salud urbano. Causas y consecuencias. *Cent Salud* 1993; 1: 473-478.
15. Carreira J. Evaluación de la elección del profesional sanitario en Atención Primaria. Comunicación VII Jornadas de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid; 1995 mayo 9-10: Madrid: Asociación para la defensa de la Sanidad Pública, 1995.
16. Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones de derecho y hecho de los municipios españoles. Censo de Población de 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1992.
17. Subdirección General de Atención Primaria del Insalud. Indicadores de Atención Primaria. Volumen I y II. Madrid: Subdirección General de Atención Primaria del Insalud, 1993.
18. Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo (Datos no publicados).
19. R/SIGMA [programa informático]. Horus-Hardware. Versión, MSDOS. Horus Hardware. Madrid: 1990.
20. Gervás J y Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria* 1995; 16: 501-506.
21. Angela Coulter: Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *Eur J Public Health* 1995; 5: 233-239.
22. García Marco C. Elección y Cambio de Médico en el ámbito de la Atención Primaria del Insalud: Algunos resultados de la aplicación del Real Decreto 1575/93. [Tesina del Curso Master en Economía de la Salud]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 1995.

23. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Sociodemográfica 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1991
24. Laura Pellisé Urquiza: Financiación de proveedores sanitarios e intermediarios financieros: Una taxonomía. Hacienda Pública Española. Monografía nº 1. 1993. 33-45.